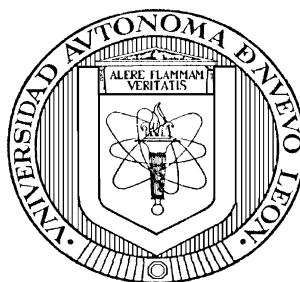


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Por

LIC. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de

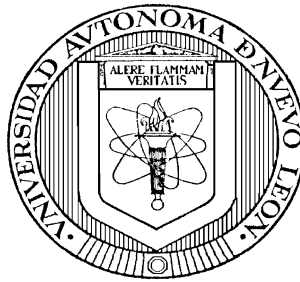
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Por

LIC. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Director de Tesis

DRA. BERTHA ALICIA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de

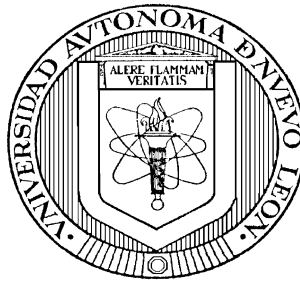
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Por

LIC. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Co-Director de Tesis

DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

Como requisito parcial para obtener el grado de

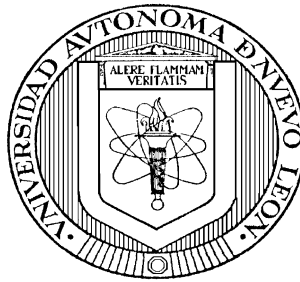
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Por

LIC. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Co-Director de Tesis

MCE. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

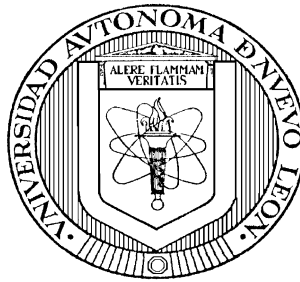
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Por

LIC. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GOMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2015

SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

Aprobación de Tesis

Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo
Presidente

MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez
Secretario

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación
Facultad de Enfermería de la UANL

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo proporcionado para poder superarme académicamente.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por la facilidad que brindan a sus estudiantes para poder formarse y crecer profesionalmente, gracias por hacer estos 7 años de mi vida una experiencia inolvidable.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo Subdirectora de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, por brindarme la oportunidad de poder iniciar mis estudios de posgrado, por compartir sus conocimientos y ayudarme a crecer profesionalmente.

A la Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo, Director de Tesis, por su paciencia y dedicación a mi persona, por ser la luz que iluminó mi camino hacia mi crecimiento personal y profesional, por alentarme, corregirme, por compartir su sabiduría y por su apoyo incondicional.

A la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez, por sus atenciones y por compartir conmigo su conocimiento y sus habilidades, por el apoyo otorgado para mi proyecto y por sus sabios consejos.

A la Dra. María Teresa de Jesús Alonso Castillo, Coordinadora de Desarrollo Empresarial de la Clínica FAEN, por invitarme a formar parte de la familia Clínica FAEN, por su apoyo y por alentarme a buscar siempre mi superación personal.

A la institución donde se realizó el estudio, por las facilidades otorgadas y al personal que se tomó el tiempo para participar en el estudio, contribuyendo al desarrollo de la investigación.

A mis padres por darme la vida, por siempre apoyarme y por siempre alentarme a buscar superar mis metas.

A mis compañeros de la maestría, por esta gran familia que hemos formado y por siempre buscar apoyarnos el uno al otro.

A mis maestros del posgrado, por compartir sus conocimientos y sabiduría y buscar siempre lo mejor para nosotros.

Al amor de mi vida, por su amor y su apoyo incondicional y por darme siempre palabras de aliento para seguir adelante.

Dedicatoria

A Dios, por permitirme llegar hasta este punto de mi vida, por proporcionarme la gran dicha de vivir esta maravillosa y bella experiencia, disfrutando de tener salud, amor y felicidad, estando siempre rodeada de mis seres amados.

A mis padres Jorge y Araceli, gracias por siempre estar conmigo dándome su apoyo incondicional, demostrándome que no existen imposibles para quienes se quieren superar, gracias por llenar mi vida de cuidados y amor, esto es para ustedes para mis padres, mi ejemplo, mi sostén, mi fuerza, gracias por tanto cariño.

A mi Tía Jose, gracias por ser esa segunda madre, por tu apoyo y tu cariño, gracias por siempre estar conmigo y ser esa persona tan bondadosa y maravillosa que has sido conmigo.

A mis hermanos Jorge y Ronaldo gracias por su amor y su compañía y por ser parte tan importante en mi vida.

A mis compañeros y hermanos Poly, Vika, Yaya, Eli, Valentín, David y Luis, porque siempre estuvieron conmigo en las buenas y en las malas, por darme consejos y por siempre apoyarme, por ser esos hombros incondicionales cuando el camino pareciera ser muy difícil, gracias por su aliento a seguir adelante, gracias por su compañía y por esta gran familia de hermanos que formamos durante dos años, me llevo lo mejor de ustedes conmigo, los quiero.

A mis amigas del alma Vicky, Annel y Nailea, gracias por su apoyo y sus palabras de aliento cuando más las necesitaba, gracias por tantos años de amistad y por ser pieza clave en tantos momentos de mi vida, gracias por ser tan maravillosas y por compartir tantas experiencias buenas y malas y por ayudarme a aprender de cada una de ellas.

A ti Marcos, gracias amor por estar conmigo, por tanto cariño, por tu apoyo incondicional, por ser mi compañero en este viaje tan maravilloso, gracias por alentarme a seguir mis sueños y por estar conmigo a pesar de que los momentos fueran difíciles, gracias por formar parte de mi vida y por compartir la felicidad conmigo, gracias por ser ese ser tan bueno y maravilloso que eres, te amo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco de Referencia	6
Estudios Relacionados	10
Definición de Términos	19
Objetivos	21
Capítulo II	23
Metodología	23
Diseño del Estudio	23
Población, Muestreo y Muestra	23
Instrumentos de Medición	24
Procedimiento de Recolección de Datos	26
Consideraciones Éticas	28
Análisis de Datos	29
Capítulo III	
Resultados	32
Consistencia Interna de los Instrumentos	32
Estadística Descriptiva	33
Estadística Inferencial	41

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	65
Conclusiones	78
Recomendaciones	79
Referencias	81
Apéndices	89
A Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del Consumo de Alcohol (CDPLYPCA)	90
B Cuestionario de Sensibilidad Ética (Lützén, 2006)	92
C Test de Identificación de Trastornos por Uso del Alcohol (AUDIT)	95
D Consentimiento Informado del Personal de Enfermería	96

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna del Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS) y Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	32
2. Datos Sociodemográficos	33
3. Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS)	34
4. Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT	37
5. Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala: Dependencia	38
6. Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala: Daño	39
7. Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	41
8. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el índice de sensibilidad ética por sexo	43
9. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por edad	44
10. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por escolaridad	45
11. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por años de experiencia laboral	46

Tabla	Página
12. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por categoría laboral	47
13. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por tipo de servicio	49
14. Prueba <i>H</i> de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por turno	51
15. Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería	52
16. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo	53
17. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por edad	54
18. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por escolaridad	55
19. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por años de experiencia laboral	55
20. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral	56
21. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por área laboral	56
22. Prueba <i>Chi</i> cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por turno	57
23. Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y la sensibilidad ética en el personal de enfermería	58

24. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de MSQ por tipo de prevalencia	59
25. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de carga moral por tipo de prevalencia	60
26. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de fortaleza moral por tipo de prevalencia	61
27. Prueba U de Mann-Whitney para el índice de responsabilidad moral por tipo de prevalencia	62
28. Prueba H de Kruskal-Wallis para la sensibilidad ética por tipo de consumo	63

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de relación de las variables Sensibilidad ética y consumo de alcohol.	10

Resumen

Diana Aracely Almaraz Castruita

Fecha de Graduación: Julio 2015

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON
EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL
DE ENFERMERÍA

Número de Páginas: 97

Candidato para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método de Estudio: El propósito fue identificar la relación que existe de la Sensibilidad Ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería de un hospital de salud pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 325 enfermeros de ambos sexos de una institución de salud pública en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó un muestreo aleatorio simple y el tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico n'Query Advisor Versión 4.0 ® (Elashoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 1997). Se estimó la muestra para una proporción con un intervalo de confianza (IC) de 95%, usando un enfoque conservador ($p=q=1/2$) con un límite de error de estimación de .05 ($\pm 5\%$). Se determinó, una muestra final de 219 enfermeros.

Se utilizó una Cédula de Datos Personales y Laborales y de Prevalencia de Consumo de Alcohol y los instrumentos: Cuestionario de Sensibilidad Ética [MSQ] que obtuvo un Coeficiente de Confiabilidad de .73 y el Test de Identificación de Trastornos Asociados al Consumo del Alcohol [AUDIT] que presentó una consistencia interna de .80. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y se utilizó estadística no paramétrica: U de Mann-Whitney, H de Kruskal-Wallis y Coeficiente de Correlación de Spearman.

Contribución y Conclusiones: La edad promedio del consumo de alcohol fue de 18 años con un consumo de 3 bebidas alcohólicas en un día típico. La prevalencia global del consumo de alcohol fue de 84.5% con un IC 95% [79-89], la prevalencia lápsica del 70.3% con un IC 95% [64-76], la prevalencia actual fue del 50.2% con un IC 95% [43-56] y la prevalencia instantánea fue del 22.7% con un IC 95% [17-28]. El consumo de alcohol mostró diferencias significativas por sexo ($X^2=28.6$, $p=.001$) el sexo femenino presentó mayor consumo sensato (64.9%) y el consumo dependiente y dañino fue mayor para el sexo masculino (42.1%, 35.1%). Así mismo se encontraron diferencias significativas de consumo de alcohol por edad ($X^2=12.47$, $p=.014$), donde el personal de 35 años o más presentó mayor consumo sensato (58.8%) y dañino (18.8%) y el consumo dependiente fue mayor para el grupo de 25 a 34 años (40.4%).

Referente a la Sensibilidad Ética (SE) se encontraron diferencias significativas para la dimensión de fortaleza moral por sexo ($U=3853.0$, $p=.006$), reportándose mayor fortaleza moral para el personal de sexo masculino ($\bar{X}=84.81$). Así mismo se reportaron diferencias significativas de la fortaleza moral por escolaridad ($H=10.8$, $p=.028$) y por años de experiencia laboral ($H=11.28$, $p=.004$) donde el personal de enfermería que contaba con nivel de educación de posgrado ($\bar{X}=95.8$) y el personal con 21 o más años de experiencia ($\bar{X}=88.5$) presentaron medias más altas. También se observó diferencia significativa para la SE por categoría laboral ($H=9.23$, $p=.026$), donde el personal de enfermería con categoría de puesto administrativo presentó medias más altas ($\bar{X}=84.1$). En la misma tendencia para las dimensiones de carga moral ($H=8.29$, $p=.040$) y fortaleza moral ($H=13.16$, $p=.004$) se encontraron diferencias significativas donde el personal especialista mostró medias más altas ($\bar{X}=75.9$). Existió una diferencia significativa para la SE y el área laboral ($H=13.81$, $p=.017$), donde el personal de cuidados intensivos presentó medias más altas ($\bar{X}=80.7$). Así mismo se encontraron diferencias significativas para la SE y el turno ($H=14.38$, $p=.002$), donde el personal de jornada acumulada presentó medias más altas ($\bar{X}=78.9$). Además se identificó que la dimensión de carga moral se relaciona positiva y significativamente con el consumo de alcohol de los participantes ($r_s=.174$, $p<.05$), de igual forma, la carga moral ($r_s=.193$, $p<.05$) y la responsabilidad moral ($r_s=.159$, $p<.05$) se relacionaron positiva y significativamente con el consumo dañino de alcohol, lo que indica que a mayor carga moral mayor consumo de alcohol y a mayor carga moral y mayor responsabilidad moral, hay un mayor consumo dañino de alcohol.

Respecto a la SE y los tipos de prevalencia, se encontró significancia estadística en el índice de fortaleza moral por tipo de prevalencia de consumo instantánea ($U=3137.0$, $p=.005$) donde el personal que no consumió alcohol en los últimos 7 días presentó medias más altas ($\bar{X}=84.5$) de fortaleza moral en comparación con el personal que si consumió. En la misma tendencia se encontraron diferencias significativas para la dimensión de carga moral por tipo de consumo ($H=9.39$, $p=.009$), donde el personal que reportó consumo dañino muestra medias más altas de carga moral ($\bar{X}=67.4$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

En las últimas décadas el fenómeno del consumo de alcohol ha sido un importante factor de riesgo de mortalidad y carga de morbilidad en todo el mundo; se estima que el 5.1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones son atribuidas al consumo de alcohol, causando 3.3 millones de defunciones cada año (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

En un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2013 se informó que cerca de 80 mil defunciones al año en América, podrían evitarse si no se consumiera alcohol. En el estudio de la OPS se examinaron los patrones de defunción vinculados al alcohol entre los años del 2007 y 2009 en 16 países de América del Norte y de América Latina. En la mayoría de los países, las enfermedades como: cirrosis hepática y hepatitis fueron causa principal de las defunciones relacionadas con el consumo de alcohol. El estudio encontró una amplia variación en las tasas de mortalidad por consumo de alcohol entre los diferentes países, con las tasas más altas en el Salvador (un promedio de 27.4 en 100 mil muertes por año), Guatemala (22.3) y Nicaragua (21.3), seguidas por México (17.8) y Brasil (12.2). El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 40% superior a la media mundial de 6.1 litros de ingesta por año. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011).

Por otra parte, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) en México las tasas de prevalencia de consumo presentaron un crecimiento significativo de 2002 a 2011. De modo que la prevalencia alguna vez en la vida en la población de 12 a 65 años de edad pasó de 64.9% a 71.3%, la prevalencia en los últimos doce meses de 46.3% a 51.4% y el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes ya que pasó de 19.2% a 31.6%. Al analizar los datos por sexo, se observó la misma tendencia de 2002 a 2011, así la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de

53.6% a 62.6%. La prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que en los hombres fue del 55.9% a 62.7 y por último, la prevalencia del último mes aumentó en los hombres de 33.6% a 44.3% y en las mujeres de 7.4% a 19.7%. Cabe señalar que la dependencia al consumo de bebidas alcohólicas aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y en las mujeres se triplicó (0.6% a 1.8%) (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Publica [CONADIC-SS], 2011).

Con respecto a la edad de inicio de consumo en el 2011, los resultados muestran que el 55.2% consumieron alcohol por primera vez a las 17 años o menos, siendo la media de edad para inicio de consumo para la población de 12 a 65 años de 17.7 años, edad previa a la legal para poder comprar alcohol (CONADIC-SS, 2011).

Para la región Nororiental de México a la que pertenece Nuevo León, los porcentajes muestran un 68.3% de consumo alguna vez en la vida, 79.8% para los hombres y 57.1% para las mujeres. En una medición realizada por Villatoro, Gutiérrez, Quiroz, Juárez y Medina Mora en el 2007, en Nuevo León se reportó una prevalencia de consumo de alcohol alguna vez en la vida de 43.9%; donde el 44.6% eran hombres y el 43.2% mujeres (CONADIC-SS, 2011). Las anteriores cifras reflejan la necesidad de llevar a cabo acciones de promoción de la salud y de prevención del consumo de alcohol a más temprana edad y de ofrecer un cuidado integral a las personas que abusan del alcohol a fin de reducir daños y consecuencias fatales, por ello la profesión de enfermería tiene la responsabilidad de cuidar de forma holística a los individuos en riesgo de consumo de alcohol y de abuso de esta sustancia (Consejo Internacional de Enfermería, 1999; Vargas y Villar, 2008).

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 1999) señala que las enfermeras tienen un papel primordial en la promoción de la salud y prevención del daño asociado al consumo de alcohol. Por ello el profesional de enfermería en su función de educador y cuidador en la clínica y la comunidad debe mostrar las suficientes competencias científicas, humanísticas y éticas para ofrecer un cuidado

integral a los pacientes en forma equitativa sin que interfiera en este, el origen de la enfermedad y los cuestionamientos sociales y actitudes negativas sobre las personas consumidoras de alcohol (Vargas y Villar, 2008). Por otra parte el cuidado y el cuidar constituyen la base de la actividad relacional de la enfermera y el paciente donde se incluyen no solo comportamientos científicos y técnicos sino además considera acciones de alivio al sufrimiento humano, mantenimiento de la dignidad, manejo adecuado en situaciones de crisis, empatía y experiencia de vivir y morir (Waldow, 1988).

En la actualidad, en el cuidado de la salud se ha utilizado el concepto de Sensibilidad Ética (SE) para describir el primer componente de la toma de decisiones en el cuidado profesional. Este concepto se ha utilizado de manera intercambiable en la literatura como: sensibilidad moral, percepción moral, ética, intuición y moral.

Lützén (2006) explica que los profesionales de enfermería toman decisiones acerca de lo que requieren los pacientes que están bajo su cuidado, utilizando la capacidad cognitiva basada en conocimientos, intuición y sentimientos, e incluye habilidades de percepción sobre la vulnerabilidad de los pacientes. Por ello las dimensiones de la sensibilidad ética son: orientación interpersonal (relación entre el profesional y la persona a la que se cuida), estructuración del significado moral (evaluar decisiones y acciones), la autonomía (protegiendo el cuidado del paciente de auto-daño), benevolencia (estar motivado para actuar en el mejor interés del paciente), la identificación de sentimientos subyacentes, como la intuición y la percepción de situaciones sobre el cuidado del paciente que exige al profesional a tomar acción y la confianza en el conocimiento médico y de enfermería (Weaver y Brunswick, 2008).

La SE es descrita como un componente básico de la toma de decisiones en el cuidado. Las decisiones clínicas se fundamentan en los juicios clínicos de las enfermeras las cuales tienen como una de sus bases la relación enfermera-paciente, donde la SE es un componente de la interacción por lo tanto del cuidado de las

personas. Así mismo existe conceptualmente una conexión de la SE y actitudes ya que ambos conceptos surgen como creencias y cogniciones que se construyen en el entorno y la interacción social y que modelan la relación de la enfermera con el paciente (Sung-Suk et al 2010).

Con respecto a lo anterior algunos estudios señalan que los enfermeros que tienen concepciones y actitudes negativas hacia el paciente que consume alcohol es probable que sean profesionales no consumidores de alcohol. Así mismo también se ha observado que los profesionales médicos y de enfermería que muestran creencias ambivalentes es decir en ocasiones positivas y en otras negativas, probablemente sean usuarios del alcohol, lo que podría ser un elemento que incremente la comprensión de estos pacientes en el cuidado y muestren mayor sensibilidad ética (Castro, 2014; López, 2012; Vargas y Villar, 2008).

Por otra parte las enfermeras experimentan altos niveles de estrés o problemas emocionales debido a que cada vez son mayores las responsabilidades, resultado de la complejidad del cuidado o de la dificultad de ofrecer un cuidado comprensivo mostrando la SE (Sung-Suk, Juhu, Yong-Soon y Sunghee, 2010). Así, las enfermeras en el ámbito clínico, están expuestas a múltiples factores que limitan su actuación, en ocasiones en contra de lo que saben es éticamente correcto, como ofrecer un cuidado integral que tenga como base la SE. Por ello se considera que como resultado de no poder ofrecer un cuidado comprensivo y sensible éticamente podría estarse utilizando el alcohol como mecanismo de afrontamiento.

En el área de la salud, el personal de enfermería no está exento de la conducta de consumo de alcohol, este consumo puede ser motivado por múltiples factores, uno de ellos, puede ser el afrontamiento a factores que producen estrés en el campo laboral. (Castro, 2014; Crothers y Dorrian, 2011; Tam, Phun y Santos, 2010)

Se han realizado estudios en personal de enfermería y se ha documentado el consumo de alcohol siendo más frecuente el personal más joven, con mayor escolaridad. También se ha asociado con estrés de conciencia y laboral, cuando se

brinda cuidado al paciente y las limitaciones del servicio de salud no permiten ofrecer un cuidado comprensivo basado en la SE (Castro, 2014; Tam, Phun & Santos, 2010; Zorrilla, 2014).

Por otra parte la atención a pacientes con problemas de consumo de alcohol puede ser una tarea difícil para médicos y enfermeras, ya que los pacientes con problemas de consumo de alcohol podrían generar en algunos profesionales, una compleja serie de actitudes negativas y estereotipos erróneos hacia el paciente que consume alcohol, limitando la SE en el cuidado brindado (Castro, 2014; Crothers y Dorrian, 2011).

Sin embargo a pesar de la importancia de este fenómeno no se han localizado hasta el momento estudios donde se relacionen las variables de SE y el consumo de alcohol en el personal de enfermería. En razón de lo anterior se considera que existe un vacío de conocimientos. El estudiar la sensibilidad ética como un componente en la toma de decisiones éticas en el cuidado de la persona, aporta a futuro el reconocimiento de este concepto clave en la mejora de la calidad del mismo. Además puede aportar conocimiento útil para la práctica de enfermería y para la posible inclusión de contenidos de sensibilidad ética en los programas educativos de enfermería. Así mismo el estudio puede contribuir en el avance del conocimiento, en particular en el desarrollo del concepto de sensibilidad ética, que hasta el momento ha sido poco estudiado. Por tal motivo el propósito del presente estudio es determinar la relación que existe entre la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería.

Marco de Referencia

Dentro de este apartado se describen los conceptos que guiaron el desarrollo del presente estudio, incluye la sensibilidad ética en el personal de enfermería y el consumo de alcohol, que son las variables de interés.

Respecto a la Sensibilidad Ética (SE) existen tres marcos teóricos. En el presente estudio se aborda el marco teórico de Lützén, (1993) construido a partir de estudios cualitativos en enfermeras psiquiátricas (Alonso & Alonso, M., 2013).

Lützén (1996) explica que el personal toma decisiones acerca de las necesidades y cuidados esenciales de aquellos que están bajo su cuidado, utilizando para ello una capacidad cognitiva basada en intuición y sentimientos, además la habilidad para percibir la vulnerabilidad del paciente definiendo de esta forma a la SE (Alonso & Alonso, M., 2013; Lützén, 1996).

La SE coadyuva en el personal de enfermería a comprender su rol y responsabilidades implicadas en el cuidado hacia la gente en su trabajo diario. Por lo tanto es primordial que el personal muestre sensibilidad ética en la práctica profesional, específicamente en el cuidado de la persona, lo cual contribuye al cuidado ético, comprensivo y de calidad (Oguiso, 2010).

La toma de decisiones éticas del enfermero se basa en conocimientos científicos y empíricos y posturas éticas personales. La ética en el proceso de la decisión es el elemento central que fundamenta el cuidado de la salud a partir de que la naturaleza y complejidad de este ha cambiado drásticamente con el avance de la tecnología, el progreso científico, las limitaciones económicas y las expectativas de los pacientes. La toma de una decisión ética depende de la sensibilidad ética y del razonamiento moral. La sensibilidad ética del enfermero está influenciada por la cultura, religión, educación, el conocimiento y las experiencias personales (Oguiso, 2010).

La SE se ha utilizado para describir el primer componente de la toma de decisiones en la práctica; que ayuda a reconocer e interpretar la dimensión ética de

una situación de cuidado (Sung-Suk et al 2010). La SE contribuye a la capacidad de enfocarse en las necesidades del paciente, mediante el análisis de las características del propio paciente, del escenario y tiempo, así como las características inherentes del profesional de salud que incluyen la capacidad cognitiva-perceptual, la psicosocial y el desarrollo moral. De esta forma la SE es construida a través de un proceso gradual a lo largo de la vida; por ello el personal a través del tiempo es cada vez más sensible, se amplían las habilidades, capacidades y crece el desarrollo de conocimiento (Alonso & Alonso, M., 2013).

El profesional de enfermería, conduce su actuación con base en sus valores, juicios morales, por las actitudes, la experiencia y el contexto donde labora. La SE requiere del conocimiento específico de la disciplina, de la experiencia en el cuidado y de la práctica. Otorgar cuidado a la persona enferma, implica un compromiso ético, moral y social con el paciente y su familia. Atender con calidad y bajo estándares de seguridad para el paciente demanda de SE, por parte del profesional de enfermería. Estas condiciones derivadas del cuidado y algunas relacionadas con la estructura y organización de los servicios de salud, pueden provocar que se presenten inconsistencias entre el deber ser y lo que se realiza en la realidad, lo que puede provocar estrés moral en el profesional de enfermería (Alonso & Alonso, M., 2013; Rossi, 2009).

Referente al consumo de alcohol se sabe que es un estilo de vida no saludable que tiene efectos en la salud física, mental y social de las personas que consumen la sustancia. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, los azúcares y los almidones. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado llegando al torrente sanguíneo, entre 30 y 90 minutos después de ser ingerido, lo que produce una disminución de los azúcares presentes en la circulación sanguínea, provocando una sensación de debilidad y agotamiento físico. Lo anterior es debido a que el alcohol acelera la transformación de glucógeno en glucosa y esta se elimina de la forma más rápida.

Esta sustancia afecta a todos los órganos del cuerpo humano, la intoxicación por alcohol puede dañar la función cerebral y las habilidades motoras; el uso intenso puede aumentar el riesgo de ciertos tipos de cáncer, pérdida de las funciones cerebrales y hepatopatías (National Institute on Drug Abuse [NIDA, 2009]).

Las consecuencias del consumo de alcohol dependen de la cantidad y frecuencia con que se consume. El alcohol es una sustancia química y cuando se consume reiteradamente, produce adicción dependiendo de la edad de inicio de la ingesta, de la frecuencia y la dosis (Tapia, 2001). Las bebidas alcohólicas son aquellas que contienen alcohol etílico en una proporción de 2% hasta 55% en volumen, para su elaboración se clasifican en bebidas alcohólicas fermentadas (vino, sidra, cerveza y pulque), destilados (tequila, brandy, ginebra, ron, vodka, whisky) y licores (anís, crema de frutas). El contenido de alcohol en las bebidas estándar tiene un promedio equivalente a 14gr. de etanol, la bebida estándar corresponde a una cerveza de 12 onzas, 2 onzas de vino o 1.5 onzas de destilados.

Existen criterios para considerar el uso o abuso de alcohol dependiendo del género; la mujer se intoxica más rápido que el hombre con dosis semejantes, esto se debe en parte a que la mujer tiene un 14% menos agua en el organismo que el hombre y el etanol es una molécula soluble en agua, se difunde uniformemente. Por tal motivo las mujeres presentan más alta concentración de alcohol en la sangre que el hombre cuando ambos consumen la misma cantidad de alcohol. Así mismo existe una menor cantidad de la enzima deshidrogenasa alcohólica en la mucosa gástrica de la mujer, por lo cual el alcohol consumido se absorbe en la mucosa y se concentra con más rapidez en la sangre (Álvarez, 2000).

En relación a los criterios de consumo de alcohol en México se consideran tres tipos (a) consumo sensato o sin riesgo, es cuando el consumo es de cuatro bebidas estándar no más de tres veces por semana en los varones y dos bebidas estándar no más de tres veces por semana para las mujeres, (b) el consumo dependiente o de riesgo es cuando se ingieren de cuatro a nueve copas por ocasión en

los varones y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, dejando de realizar actividades por causa del consumo de alcohol y (c) el consumo dañino o perjudicial ocurre cuando las mujeres ingieren en un día típico, seis o más copas y cuando los hombres ingieren diez o más copas además, que amigos, familiares o personal de salud le hayan manifestado preocupación por su forma de beber (Babor et al., 2001; De la Fuente y Kershenovich, 1992)

Otra forma de identificar y evaluar el consumo de sustancias lícitas o ilícitas es mediante la prevalencia del consumo de alcohol. La prevalencia es el número o proporción de usuarios respecto al tamaño de la población en un determinado momento del tiempo. Para la vigilancia epidemiológica se documenta a la prevalencia, como el resultado de la medición del número de personas enfermas o que presentan cierto trastorno o conducta y se calcula dividiendo el número de personas con la enfermedad o la característica determinada en un momento del tiempo, entre el número de personas de la población expuesta al riesgo en ese momento y el resultado se multiplica por cien. Para fines de este estudio se midió la prevalencia en relación al consumo de alcohol y se clasificó en: prevalencia global (número de personas que consumieron alcohol alguna vez en la vida), prevalencia lápsica (número de personas que consumieron alcohol en el último año), prevalencia actual (número de personas que consumieron alcohol en el último mes) y prevalencia instantánea (número de personas que consumieron alcohol en los últimos siete días) (SS, 2009; Tapia, 2001).

Adicional a esto, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, se recomienda que al realizar estudios de consumo de drogas, se evalúen las prevalencias de consumo (SS, 2009).

Se considera en el estudio, que la sensibilidad ética hacia el paciente que consume alcohol puede ser análoga a la actitud hacia el paciente que consume la

sustancia, por lo que se utilizan estudios sobre actitudes hacia el paciente que consume alcohol en virtud de no localizar estudios de SE y consumo de alcohol.

En resumen el presente estudio considera la relación que tiene la sensibilidad ética sobre el consumo de alcohol en el personal de enfermería, donde la sensibilidad ética influye directamente con el consumo de alcohol (ver figura 1).

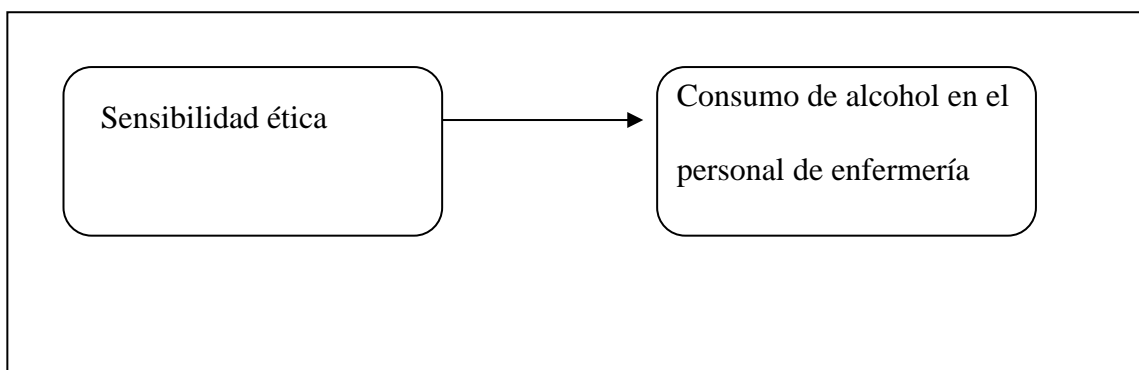


Figura 1. Modelo de relación de las variables Sensibilidad Ética y consumo de alcohol.

Estudios Relacionados

En este apartado, se presentan los resultados de investigaciones que incluyen algunas de las variables que se considerarán en el presente estudio. Es importante señalar que no se localizaron estudios donde se relacione la sensibilidad ética y el consumo de alcohol. Por ello, en virtud de la similitud de conceptos de sensibilidad ética y actitudes se presentan investigaciones sobre actitudes hacia el paciente que consume alcohol y consumo de alcohol en estudiantes y personal de enfermería. Posteriormente se presentan estudios que reportan la sensibilidad ética y su relación con algunas características sociodemográficas (edad, años de experiencia, área de especialidad, escolaridad) y finalmente estudios sobre el consumo de alcohol en profesionales de enfermería.

Castro (2014) realizó un estudio con el objetivo de conocer la relación que existe de las actitudes de los profesionales médicos y de enfermería hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol de estos profesionales de la salud,

trabajadores de una institución de salud ubicada en Monterrey, N. L. El diseño fue descriptivo y correlacional, los instrumentos de medición fueron el Cuestionario Corto de Percepción de Alcohol y Problemas con el Alcohol [SAAPPQ] (Cartwright, 1980) y el Cuestionario de Identificación de Desórdenes por Consumo de Alcohol [AUDIT] (De la Fuente y Kershenovich, 1992), ambos instrumentos obtuvieron una consistencia interna aceptable.

Los resultados mostraron diferencia significativa de sexo y las actitudes hacia el paciente que consume alcohol ($U=5163.5, p <.001$), el personal del sexo masculino tuvo actitudes más positivas ($\bar{X}=70.7, Mdn=70.0$) que el sexo femenino ($\bar{X}=64.7, Mdn = 63.3$). Así mismo fue significativo para el sexo y la subescala de motivación ($U= 5925.5, p= .016$), tarea específica de la autoestima ($U=5845.5, p= .011$) y subescala de satisfacción en el trabajo ($U=5924.5, p= .015$), reportando mayores puntajes los participantes del sexo masculino. Se encontró diferencia significativa en el índice del cuestionario SAAPPQ de actitudes, por categoría laboral ($U=4198.50, p <.001$), siendo más alto el puntaje en el profesional médico ($\bar{X}=72.2, Mdn= 71.6$) que en el de enfermería ($\bar{X}=64.4, Mdn=63.3$). De igual manera se reporta diferencia significativa en las subescalas de motivación ($U= 5481.50, p= .012$), tarea específica de la autoestima ($U=5123.50, p= .001$) y en la subescala satisfacción en el trabajo ($U= 4393.00, p= <.001$), reportándose medias y medianas más altas en médicos que en el personal en enfermería. Se encontró relación positiva y significativa para las actitudes hacia el paciente que consume alcohol (SAAPPQ) y el cuestionario AUDIT ($r_s= .199, p <.05$).

Además se reportó relación positiva y significativa del consumo sensato de alcohol y las actitudes ($r_s = .215, p <.01$) y con la subescala satisfacción en el trabajo ($r_s = .209, p <.05$). Se identificaron diferencias significativas en las actitudes hacia el

paciente que consume alcohol y la prevalencia global ($U=3808.0$, $p=.023$), lápsica ($U=5991.5$, $p=.006$), actual ($U=5695.5$, $p<.001$) e instantánea

($U=3766.5$, $p=.008$), reportando medias y medianas más altas el personal que consumió alcohol en comparación del personal que no consumió alcohol. La autora indica que los profesionales de enfermería mostraron más actitudes negativas que los médicos y recomienda desarrollar programas de educación continua enfocada a incrementar las actitudes positivas en las enfermeras.

Crothers y Dorrian (2011), realizaron un estudio descriptivo, con el objetivo de analizar las características personales, las actitudes hacia el alcoholismo, hacia la atención de pacientes con problemas de alcohol. Para lo cual se utilizó una muestra de 51 profesionales de enfermería, trabajadores de diferentes hospitales metropolitanos de Australia. Para medir las actitudes hacia el alcohol y alcoholismo se utilizó el Cuestionario de Alcoholismo de Marcus (1980), la Escala de actitudes de enfermería hacia el alcohol y el alcoholismo de Seaman y Mannello, (1978), y para medir las actitudes hacia el cuidado del paciente con problemas de alcohol se usó la versión corta del Cuestionario de Percepción del Alcohol y Problemas con el Alcohol (SAAPPQ) de Anderson y Clement, (1987). Los resultados mostraron que la mayoría de la población participante pertenecía al género femenino con un 92% con una media de edad de 39 años. De acuerdo con el consumo de alcohol por parte del profesional de enfermería, el 25% indicó haber consumido alcohol una vez a la semana y el 33% más de una vez a la semana y el 16% no consumía alcohol.

Los resultados documentan que los participantes reportaron actitudes positivas hacia el cuidado del paciente con problemas de alcohol, estas actitudes se vieron reflejadas en las puntuaciones de la escala SAAPPQ estando por arriba del punto medio (3.50), en los siguientes aspectos; Satisfacción laboral es decir están satisfechos con su trabajo de enfermería al tratar pacientes consumidores de alcohol y con aquellos con problemas de alcoholismo ($\bar{X}=3.66$, $DE=1.11$), también reportaron actitudes positivas en la Adecuación del Rol es decir consideran que dentro de su

profesión es adecuado que atiendan pacientes que consumen alcohol y aquellos con problemas de alcoholismo ($\bar{X}=4.04$, $DE=1.33$). En el análisis estadístico de las actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol del profesional de enfermería, se reporta un efecto positivo y significativo del consumo de dos bebidas estándar de alcohol por parte del profesional de enfermería y las actitudes de pesimismo sobre que el paciente abandone el consumo de alcohol ($B=.369$, $p<.05$) (Crothers y Dorrian, 2011).

Se reportó además en este mismo estudio de Crothers y Dorrian, 2011, significancia del consumo de alcohol con las actitudes sobre la satisfacción de atender a pacientes que consumen alcohol ($F=3.516$, $p<.05$) documentaron además diferencia significativa para las personas que consumían alcohol más de una vez a la semana ($\bar{X}=4.89$, $DE=0.84$) en comparación con aquellos que nunca consumen alcohol o lo hacen solo en ocasiones especiales ($\bar{X}=2.99$, $DE=1.15$). También se encontró un efecto significativo en el número de bebidas consumidas por el profesional de enfermería con las actitudes sobre la satisfacción de atender a pacientes que consumen alcohol ($F=4.853$, $p<.05$) documentándose diferencia significativa para los que reportaron consumir más de dos bebidas estándar ($\bar{X}=4.82$, $DE=1.16$) o beben de entre 1 a 2 bebidas estándar ($\bar{X}=4.82$, $DE=1.16$) comparado con los que no beben ($\bar{X}=3.50$, $DE=1.07$).

De Vargas (2010), realizó un estudio descriptivo exploratorio, con el objetivo de verificar las actitudes hacia la persona que consume alcohol en 171 enfermeros de un hospital general de Sao Paulo Brasil. La autora evaluó las actitudes relacionadas a la percepción de las características de la persona con alcoholismo. En el estudio predominó el sexo femenino, con una media de edad de 32 años, el estado civil en su mayoría eran solteros y con una formación académica profesional de 1 a 5 años. El 52.4% reveló haber tenido alguna experiencia profesional con pacientes con problemas de alcohol. En general, las actitudes fueron positivas en virtud de que el 46.5% de los enfermeros consideran que el paciente que consume alcohol es una

persona sensible y solitaria, el 51.5% concuerdan respecto a que estos pacientes tienen dificultades emocionales, el 82% indicó que las personas que beben alcohol es por causa de otros problemas. Sobre la actitud de indicar que la persona con alcoholismo es una mala persona las respuestas fueron ambiguas ya que el 37.5% señaló que si son malas personas y el 36.9% indicó estar en desacuerdo sobre que la persona con alcoholismo es una mala persona.

En otro estudio de De Vargas (2010), de tipo descriptivo exploratorio que planteó evaluar las habilidades de los enfermeros para la identificación de ayuda a los pacientes con alcoholismo. Se estudió una muestra de 171 enfermeros, ubicados en unidades de internamiento de un hospital universitario de Riberão Preto, Brasil. Los resultados mostraron que el 15.6% de los enfermeros señalaron que el paciente que consume alcohol no está interesado en su propia felicidad, el 66% piensa que el paciente que consume alcohol no respeta a sus familiares, el 27.6% piensa que el paciente que consume alcohol no quiere dejar de beber, el 48.5% de los enfermeros refirió que los pacientes que consumen alcohol no les gustaría ser pacientes alcohólicos, sugiriendo la necesidad de ayudar a estos pacientes mediante un cuidado comprensivo y efectivo.

Respecto a la variable de Sensibilidad Ética Alonso y Alonso, M. (2013) analizaron los factores predictores de la sensibilidad ética en 427 estudiantes y 35 profesores de la práctica clínica de enfermería, para la medición de la sensibilidad ética utilizó el Cuestionario de Sensibilidad Ética de Lützén (2006), los resultados documentaron que los profesores del área clínica mostraron mayor sensibilidad ética ($\bar{X}=75.8$, $Mdn=75.5$), que los estudiantes de enfermería ($\bar{X}=67.6$, $Mdn=66.6$), en forma significativa ($U=4457$, $p<.01$). Se encontraron diferencias significativas por edad en rangos y la sensibilidad ética ($U=1689.0$, $p<.001$), siendo más alta en los participantes de 30 años y más ($\bar{X}=75.5$, $Mdn=73.3$) que los de 20 a 29 años ($\bar{X}=68.1$, $Mdn=66.6$) y que los de 17 a 19 años ($\bar{X}=67.6$, $Mdn=66.6$).

Se reportaron diferencias significativas de acuerdo a los tipos de servicio en los que se desempeñaban los profesores ($H=15.1, p=.001$). Siendo más alta la sensibilidad ética en los profesores del área hospitalaria

($\bar{X}=68.7, DE=9.9, Mdn=68.8$), seguido de los del área comunitaria

($\bar{X}=68.7, DE=10.3, Mdn=66.6$) y por último los que trabajan en el área industrial ($\bar{X}=62.9, DE=7.1, Mdn=62.2$). Los hallazgos adicionales mostraron que los participantes que han enfrentado algún dilema ético reportaron mayor sensibilidad ética ($\bar{X}=69.4, Mdn=68.8$), que aquellos que no han enfrentado dilemas éticos ($\bar{X}=67.4, Mdn=66.6$), estos hallazgos fueron significativos ($U=22388.5, p=.017$).

Además los participantes que se enfrentaron a algún dilema ético y participaron en la toma de decisiones presentaron mayor sensibilidad ética ($\bar{X}=70.4, Mdn=68.8$) que los que no participaron en la toma de decisiones ($\bar{X}=67.7, Mdn=66.6$), ($U=14005.5, p=.029$).

Kulju, Suhonen y Leino-Kilpi (2013) describieron la sensibilidad moral en situaciones éticamente exigentes. Para la medición de la sensibilidad moral utilizaron el cuestionario de Sensibilidad Ética (MSQ) De Lützén (2006) la muestra estuvo conformada por un total de 168 fisioterapeutas. Los resultados mostraron que la sensibilidad moral media de los fisioterapeutas fue 4.23 ($DE=0.51$) de un valor máximo de 6. Los encuestados en su mayoría estuvieron de acuerdo que su capacidad de detectar las necesidades del paciente siempre es útil en el trabajo. El valor medio más bajo fue en el punto relativo a la dificultad en el trato con los sentimientos que se despiertan cuando un paciente está sufriendo

($\bar{X}=3.05, DE=1.17$). Los valores medios más altos fueron en auto evaluaciones de la capacidad de detectar las necesidades del paciente ($\bar{X}=5.02, DE=.73$), así como la capacidad de detectar cuando un paciente no está recibiendo una buena atención ($\bar{X}=4.72, DE=0.98$).

En cuanto a las diferencias por datos sociodemográficos las mujeres mostraron mayor sensibilidad ética que los varones ($p=0.040$). Los participantes con

nivel de estudios universitario presentaron mayor sensibilidad ética que quienes no tenían estudios universitarios ($p=0.017$), así mismo los profesionales con título universitario coincidieron mayoritariamente en tener la capacidad de detectar cuando un paciente no está recibiendo una buena atención ($p=0.028$). Finalmente los participantes que laboraban en el área de fisioterapia ambulatoria reportaron mayor sensibilidad ética que quienes laboraban en otras áreas ($p=0.012$).

La sensibilidad ética mostró estar relacionada con la edad y la experiencia laboral. A mayor edad mayor sensibilidad ética ($p=0.007$) así como a mayor experiencia laboral, mayor sensibilidad ética ($p < 0.001$).

Lützen, Blom, Ewalds-Kvist y Winch (2010), investigaron la asociación entre el estrés moral relacionado con el trabajo, el clima moral y la sensibilidad moral en 49 enfermeras del área de salud mental. Para medir la sensibilidad moral utilizó el Cuestionario de Sensibilidad Ética (MSQ) creado por Lützén (2006).

El 66.6% de los participantes eran del sexo femenino, 79.48% eran casadas y el 66.6% tenían más de 6 años de experiencia. Con respecto a la sensibilidad moral se encontró que los enfermeros con 1 a 5 años de experiencia profesional mostraron menor sensibilidad moral en comparación con aquellos con 6 a 10 años de experiencia profesional ($\bar{X}=31.38$ [$DE=1.62$] frente a $\bar{X}=37.33$ [$DE=0.67$]; $p=0.05$).

Como hallazgos adicionales los autores mencionan que el clima moral junto con dos elementos del cuestionario de sensibilidad moral, predijeron el 33.7 % del estrés moral de los profesionales. Los dos componentes de la sensibilidad moral a los que se asoció el estrés moral fueron: “al cuidar a los pacientes estoy siempre consciente del equilibrio entre el potencial de hacer el bien y el riesgo de causarles daño” el cual predijo el 10.2% del estrés moral ($t=2.265$, $p=.029$) y “tengo muy buena capacidad de saber cuándo y si a un paciente se le debe decir la verdad” el cual predijo el 11.5% del estrés moral ($t=-2.409$, $p=0.021$). Los reactivos anteriores corresponden a la dimensión de carga moral de la sensibilidad ética e indican la

autorreflexión y el tener conciencia de la capacidad personal para lidiar con dilemas éticos, así mismo pueden asociarse a la presencia de estrés moral.

Respecto al consumo de alcohol en profesionales de enfermería Zorrilla (2014) con el propósito de identificar la relación del estrés de conciencia y el consumo de alcohol en profesionales de enfermería, llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional en una muestra de 201 enfermeras que laboraban en una institución de salud, del Estado de Zacatecas, México. En el estudio se utilizó una cédula de datos personales y el cuestionario Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol [AUDIT].

Las características de la muestra mostraron que el 90% de profesionales de enfermería eran mujeres, con una media de edad de 36 años y una antigüedad laboral media de 13 años, respecto a su categoría laboral el 60% eran licenciados en enfermería y el resto se desempeñaban como enfermeras generales, especialistas y técnicas en enfermería. Respecto al consumo de alcohol de los participantes, la edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 18 años con un consumo de 2 bebidas alcohólicas en un día típico donde la cerveza fue la bebida de preferencia. La prevalencia global de consumo de alcohol fue de 81.1%, lápsica de 71.1%, actual de 42.8% e instantánea de 12.4%.

El consumo de alcohol mostró diferencias significativas por edad

($\chi^2 = 17.06$, $p < .001$) se observó que el personal de enfermería de 40 a 64 años presentó mayor consumo sensato (94.5%) que del grupo de 22 a 39 años de edad. El consumo dependiente fue más alto en el personal de 22 a 39 años (28.4%) que en el grupo de 40 a 64 años y el consumo dañino fue más alto en el personal de 22 a 39 años (5.7%). Como puede observarse, los participantes de 22 a 39 años presentaron mayor consumo dependiente y dañino. Respecto al tipo de consumo de alcohol por sexo se documentó diferencia significativa ($\chi^2 = 17.29$, $p < .001$), se observó que el personal de enfermería del sexo femenino presentó mayor consumo sensato (81.4%), en relación al personal del sexo masculino (35.7%), asimismo se

identificó para el consumo dependiente fue mayor en el personal del sexo masculino (42.9%) que en el personal del sexo femenino (15.5%), en la misma tendencia se muestra que el personal del sexo masculino presentó mayor consumo dañino de alcohol (21.4%) en relación al personal del sexo femenino (3.1%).

Finalmente se encontró diferencia significativa del tipo de consumo de alcohol por categoría laboral ($\chi^2 = 10.13, p < .005$), se observó que el personal que labora como enfermera general, personal técnico y auxiliar presentó en mayor medida consumo sensato (89.7%), en relación al consumo dependiente de alcohol el personal que se desempeña como licenciada en enfermería reportó mayor consumo dependiente de alcohol (26.1%) asimismo en el consumo dañino de alcohol se observa mayor consumo en el personal de enfermería general, técnico y auxiliar (6.9%) que el personal con categoría laboral de licenciatura en enfermería y especialidad. La autora (Zorrilla, 2014) recomienda continuar realizando investigación en personal de enfermería enfocadas en la reducción del consumo de alcohol.

Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), realizaron un estudio para determinar la percepción de autoeficacia percibida y el consumo de alcohol por edad, género y categoría laboral en trabajadores de la salud. El estudio se realizó en 167 trabajadores de un Hospital General del sector salud de la ciudad de Matamoros, Tamaulipas. Los autores encontraron que de acuerdo al tipo de consumo por categoría laboral se reportó una diferencia significativa ($X^2=21.44, p < .001$), ya que el consumo sensato fue mayor en los profesionales de la salud (médicos y enfermeras) con un 78.2% frente un 50.09% de los no profesionales (trabajadores de servicios y administrativos) y en el consumo dañino el porcentaje fue mayor en los no profesionales con un 26.3% comparado con 3.6% de los profesionales de la salud.

Al medir el tipo de consumo de acuerdo al índice AUDIT en relación con el género reportó diferencia significativa ($X^2=35.77, p < .001$), documentándose más alto consumo en varones, presentando mayor proporción de consumo dependiente

(30.2%), seguido del consumo dañino (27.0%); mientras que las mujeres presentaron mayor proporción de consumo sensato (83.7%).

Baggio (2010), realizó un estudio con el propósito de describir el consumo de alcohol y tabaco en una muestra de 100 profesionales de enfermería que laboraban en un hospital de Venezuela. En el estudio, predominó el género femenino con un 70%. El 59% respondió consumir alcohol, el alcohol que más consumen es la cerveza en un 38%, seguido de whisky en un 25%, el ron en un 19% y vino con 18%. Conforme al tipo de consumo según el cuestionario AUDIT, en el personal femenino se reportó, que el 12.85% tiene consumo dependiente o de riesgo y el 28.57% un consumo perjudicial o dañino y en el personal masculino, el 66.66% presentó consumo dependiente o de riesgo, el 30% consumo perjudicial o dañino y el 3.33% reportó un consumo sin riesgo o sensato.

En síntesis se concluye que los profesionales de enfermería, en general muestran actitudes positivas hacia el paciente que consume alcohol. Análogamente a esto se puede indicar que posiblemente se encontraría alta sensibilidad ética dado que son conceptos similares. Con respecto a la sensibilidad ética, a mayor edad y mayor experiencia profesional mayores niveles de sensibilidad ética. En cuanto a los tipos de consumo de alcohol las mujeres presentan un tipo de consumo sensato mayor, el consumo dañino es más alto en hombres y a menor edad de inicio del consumo, mayor consumo dañino de alcohol. (Castro, 2014; Zorrilla, 2014; Kulju, Suhonen y Leino-Kilpi, 2013; Hinojosa, Alonso y Castillo, 2012; López, 2012; Alonso y Alonso, M., 2013; Comrie, 2012; Crothers y Dorrian, 2011; De Vargas, 2010; Lützen, Blom, Ewalds-Kvist y Winch, 2010; Boggio, 2010).

Definición de Términos

En este apartado se presenta la definición de las variables que fueron utilizadas en el presente estudio.

Sexo es la condición biológica que identifica al personal de enfermería como masculino o femenino.

Edad son los años cumplidos que el personal de enfermería reporta al momento de la entrevista.

Años de escolaridad es el número de años cursados académicamente por el personal de enfermería.

Estado civil se refiere a la relación legal que guarda el participante respecto a su relación de pareja. Se clasifica en: soltero(a), casado(a), viudo(a), divorciado(a) y en unión libre.

Categoría laboral es la actividad que desempeña el personal en la institución donde trabaja y se clasifica en: Enfermera de nivel administrativo (coordinadora de enfermería, subjefa administrativa, enfermera supervisora y enfermera jefa de servicio) especialista, profesional y no profesional.

Años de experiencia laboral comprende el número de años trabajando en el área hospitalaria.

Tipo de servicio laboral se refiere al lugar donde desempeña el personal de enfermería su práctica profesional, en referencia a: Hospitalización, servicio de urgencias, quirófano, unidad de cuidados intensivos. Los anteriores términos (sexo, edad, años de escolaridad, estado civil, categoría laboral, años de experiencia laboral y tipo de servicio laboral se midieron a través de una Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del Consumo de Alcohol.

Sensibilidad ética es la capacidad cognitiva basada en conocimientos, la intuición y sentimientos; y tiene tres dimensiones: carga moral, fortaleza moral y responsabilidad moral y fue medida por medio del Cuestionario de Sensibilidad Ética de Lützén (2006).

Prevalencia del consumo de alcohol, es el número del personal de enfermería, que ha consumido alcohol en un tiempo determinado sobre el total de la población en estudio multiplicada por 100. Se evaluó a través de la prevalencia global (alguna vez

en la vida), lápsica (en el último año), actual (en el último mes), e instantánea (en los últimos siete días). Se midió con la Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del Consumo de Alcohol de los participantes.

Consumo de alcohol es la ingesta de alcohol (cantidad de copas y frecuencia) que el personal de enfermería refiere consumir en un día típico, se clasificó en consumo sensato o sin riesgo, dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial y fue medido a través del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). A continuación se describe cada tipo de consumo.

Consumo sensato o sin riesgo es la ingesta en un día típico de no más de cuatro bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana en el caso de los hombres y dos bebidas alcohólicas no más de tres veces por semana para las mujeres.

Consumo dependiente o de riesgo es el consumo de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión para los hombres y de tres a cinco copas por ocasión en las mujeres, además de haber dejado de realizar algunas actividades cotidianas causadas por el consumo de alcohol.

Consumo dañino o perjudicial es el consumo en un día típico, de diez o más bebidas alcohólicas en los hombres y de seis o más bebidas alcohólicas en las mujeres, además de que algún familiar o personal de salud le haya manifestado preocupación por la forma de consumir alcohol.

Objetivos

1. Determinar la sensibilidad ética en el personal de enfermería por edad, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral, categorial laboral, tipo de servicio laboral y turno.
2. Determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería

3. Determinar los tipos de consumo de alcohol por edad, sexo, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno.
4. Identificar la relación de la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería.
5. Determinar la sensibilidad ética por tipo de prevalencia de consumo de alcohol global, lápsica, actual e instantánea
6. Determinar la sensibilidad ética por tipo de consumo de alcohol sensato, consumo dependiente y consumo dañino.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se presenta el diseño de estudio, la población, muestreo, muestra, la descripción de los instrumentos de medición, el procedimiento de la recolección de datos, las consideraciones éticas y el análisis de datos.

Diseño del Estudio

El estudio fue descriptivo correlacional. Se consideró descriptivo porque se observaron y describieron aspectos de una situación que ocurría de manera natural, sin manipulación de las variables. Así mismo se consideró correlacional ya que se interrelacionaron dos o más variables. En este estudio se describieron las variables sensibilidad ética y el consumo de alcohol. Además se examinaron las relaciones entre las variables antes señaladas con algunas características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, categoría laboral y área laboral y años de experiencia laboral (Polit & Hungler; 1999; Burns & Grove, 2008).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por 325 enfermeros de ambos sexos de una institución de salud pública en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se utilizó un muestreo aleatorio simple y el tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico *n'Query Advisor Versión 4.0* ® (Elashoff, Dixon, Crede y Fotheringham, 1997). Se estimó la muestra para una proporción con un intervalo de confianza (IC) de 95%, usando un enfoque conservador ($p=q=1/2$) con un límite de error de estimación de .05 ($\pm 5\%$). Se determinó, una muestra final de 219 enfermeros.

Instrumentos de Medición

En el presente estudio se utilizaron una Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del Consumo de Alcohol (CDPLYPCA) y dos instrumentos: el Cuestionario de Sensibilidad Ética de Lützén, Dahlqvist, Eriksson y Norberg (2006) y la Prueba de Identificación de los Trastornos por Uso de Alcohol (AUDIT) de De la Fuente y Kershenobich (1992).

La Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del Consumo de Alcohol estuvo conformada por dieciséis preguntas relacionadas a las características sociodemográficas, de formación académica y laboral así como preguntas de prevalencias de consumo de alcohol de los participantes (Apéndice A).

El primer instrumento que se utilizó corresponde al Cuestionario de Sensibilidad Ética (MSQ) (Apéndice B), diseñado por Lützén (2006) para medir la Sensibilidad Ética, consta de 9 ítems con seis posibles respuestas en escala tipo Likert desde 1 indicando total desacuerdo a 6 total acuerdo, por lo que el puntaje mínimo es de 9 y máximo de 54 indicando que a mayor puntaje más alta sensibilidad ética.

Se realizó para este instrumento de Sensibilidad Ética por parte de los autores (Lützén, 2006) un análisis de componente, con rotación varimax que tuvo como resultado tres componentes. Todas las cargas de factores se consideraron relevantes $>.055$. Los valores más elevados fueron para el componente 1=2.849, componente 2=2.184 y componente 3=1.368. Se identificaron tres factores por el análisis de componente principal: Sentido de la carga moral que incluyó los ítems 4, 6, 7 y 8. Fortaleza moral, ítems 2, 3 y 5 y Responsabilidad moral ítems 1 y 9. El Alpha de Cronbach reportado fue de 0.76.

En la discusión los autores señalan que el cuestionario revisado es un instrumento válido para evaluar la sensibilidad moral. El análisis de factor identificó tres factores: carga moral, fortaleza moral y responsabilidad moral. Esto de acuerdo a los autores parece ser consistente con el constructo teórico de sensibilidad ética y

refleja las dimensiones psicológica y ética de la sensibilidad ética que se describe en la literatura. La carga moral parece ser la dimensión “negativa” de la sensibilidad moral por lo que el personal que no está “preparado” para lidiar con situaciones moralmente preocupantes puede estar en riesgo de sufrir estrés moral.

La fortaleza moral puede expresarse como el valor actual y la capacidad de argumentar para justificar sus acciones en beneficio de otros en lugar de defenderse a sí mismo. También puede describirse como el atributo personal que lo ayuda a recuperarse de una situación desafortunada y tiene una fortaleza protectora. La responsabilidad moral se compone de la obligación moral de trabajar de acuerdo a normas y regulaciones y visión de su propósito. Los autores Lütznén, Dahlqvist, Eriksson y Norberg (2006) señalan que los tres factores identificados en el estudio: sentido de la carga moral, fortaleza moral y responsabilidad moral parecen estar interrelacionadas, sin embargo también se indica que la sensibilidad ética implica más dimensiones que simplemente una capacidad cognitiva, especialmente sentimientos, conocimiento éticos, habilidades y la experiencia ética.

En estudios realizados por Sung Suk et. al. (2010) en enfermeras coreanas en Corea, este instrumento mostró de manera global un Alpha de Cronbach de .76. Este instrumento fue utilizado por primera vez en México, por Alonso & Alonso, M., (2013) en estudiantes y profesores de la práctica clínica de enfermería reportando un Alpha de Cronbach de 0.70.

Para el consumo de alcohol se aplicó la Prueba de Identificación de Trastornos por uso de Alcohol [AUDIT] (Apéndice C) la cual fue desarrollada por la OMS, validada y adaptada por De la Fuente y Kershenovich para población mexicana (1992). Este cuestionario está compuesto por 10 reactivos de opción múltiple que examinarán el consumo excesivo de alcohol. Los reactivos del AUDIT permiten determinar los patrones de consumo de alcohol de los individuos (consumo sensato, consumo dependiente, consumo dañino). Los reactivos 1 a 3 determinan la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y determinan el consumo sin riesgo o

sensato; los reactivos 4 a 6 determinan el consumo dependiente o de riesgo, y los reactivos 7 a 10 permiten determinar el consumo perjudicial o dañino. La clasificación del patrón de consumo se realiza sumando el total de reactivos y los puntos de corte son: de 0 a 3 puntos, se considera consumo sensato; si se obtienen de 4 a 7 puntos se inicia a tener problemas con el consumo dependiente y de 8 a 40 se considera que existe un riesgo elevado de consumo de alcohol dañino.

Este instrumento ha sido utilizado por Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) en trabajadores de la salud, en Matamoros, Tamaulipas, donde encontraron un Alpha de Cronbach de 0.85.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para el desarrollo de la presente investigación, en primera instancia se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y la Comisión de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio. A continuación se solicitó por escrito la autorización de los directivos del hospital donde se realizó el estudio. Posteriormente se solicitó el censo del personal de enfermería del hospital y con la lista previamente obtenida de la aleatorización de los participantes, se les localizó y fueron abordados en sus áreas de trabajo en los distintos turnos: matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada, se tomaron en cuenta los horarios más adecuados para el personal de enfermería y así poder llevar a cabo las entrevistas.

Se visitó cada área de trabajo y se solicitó la autorización al jefe de piso del Hospital para hablar con el enfermero (a) por diez minutos para hacer la invitación y solicitar su autorización para participar en el estudio. Las visitas a los enfermeros (as) se llevaron a cabo en los horarios establecidos por las autoridades del hospital para que no interfirieran con su carga laboral. En primer término se explicó al personal de enfermería el propósito del estudio, así mismo se explicó de manera sencilla y clara los objetivos del estudio y se solicitó su participación de carácter

voluntario y si aceptaban participar se daba lectura al consentimiento informado (Apéndice D).

Se continuó con la solicitud de la firma del mismo por el personal que estuviese de acuerdo para participar en el estudio; se dejó en claro que se encontraban en libertad de decidir o no participar y que no habría ningún inconveniente y no afectaría su condición laboral. Se trató en todo momento de preservar la privacidad del participante, el anonimato y se evitó que percibiera presión al dar respuesta a los instrumentos asegurando que su participación fuera voluntaria. Al obtenerse la participación voluntaria del personal y la firma del consentimiento informado se procedió a pasar a un área privada y propicia, previamente asignada por las autoridades del hospital y se explicaron las instrucciones para el llenado de instrumentos, posteriormente se hizo entrega de un sobre cerrado que contenía la Cédula y los instrumentos que fueron auto contestados. En primer lugar se solicitó que contestara la Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del consumo de Alcohol (CDPLYPCA), posteriormente el Cuestionario de Sensibilidad Ética (MSQ).

En el caso donde el personal refirió no consumir alcohol en el último año se les indicó no contestar la Prueba de Identificación de Trastornos Asociados al Consumo de Alcohol (AUDIT). En el caso donde el personal refirió el consumo de alcohol en el último año se le solicitó amablemente que proceda a contestar el AUDIT. Se le solicitó de la manera más atenta el no dejar ninguna pregunta sin contestar. La autora principal del estudio se mantuvo a una distancia considerable de los enfermeros (as) para no incomodarlos al dar respuesta a los instrumentos y estuvo atenta por si surgían dudas mientras los cuestionarios fueron respondidos y se reiteró la confidencialidad y anonimato de la información que se proporcionaron.

Al finalizar de contestar los instrumentos los participantes colocaron los formularios dentro de un sobre previamente otorgado y los depositaron en una caja que la autora principal del estudio llevó y colocó en el área asignada para recolectar

los datos. Por último se agradeció al personal de enfermería su colaboración y contribución al desarrollo de la investigación. Los cuestionarios serán resguardados por la autora principal del estudio por 12 meses posteriores a la recolección de datos, después de ello serán destruidos.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987) y contó con el dictamen de aprobación de la Comisión de Ética para la Investigación y la Comisión de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la realización del estudio, y así como lo dispone el Artículo 14 fracción VII, se contó con la autorización de los directivos del hospital público donde se realizó la colecta de datos.

Para la realización del estudio se tomó en consideración lo establecido en el Título II, relacionado a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. De acuerdo con el Capítulo I del Artículo 13 se respetó la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes dado que se contó con el consentimiento informado de los participantes, donde se les explicó el objetivo del estudio y se les garantizó dar respuesta a cualquier pregunta, se les aseguró que tenían la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento si lo deseaban, sin que esto perjudicase su situación laboral; así mismo el participante fue tratado durante el estudio con respeto y consideración, vigilando en todo momento que sus derechos como persona le fueran respetados. Conforme al Artículo 14, fracción I, V, VII y VIII el estudio contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y se obtuvo del participante el consentimiento informado donde firmó y certificó la aceptación para participar en el estudio.

Con respecto al Artículo 16 se protegió la privacidad del participante y se cuidó que la información que proporcionó fuera anónima, por lo que los instrumentos no reportaron datos de identificación; se les informo a los participantes que la información que proporcionaron no será dada a conocer a los directivos de la institución donde laboran.

Es importante señalar que conforme al Artículo 17, fracción II, el estudio se consideró de riesgo mínimo en virtud de que lo que se indagó a través de los cuestionarios, ya que pudo crear emociones negativas o preocupación por la información proporcionada, por lo que se permaneció atento a tal situación, para suspender la recolección de datos en caso de que el participante así lo decidiera, situación prevista que no se presentó, además se reforzó nuevamente el compromiso de la autora principal del estudio con respecto al anonimato.

Conforme al Artículo 21 en sus fracciones I, II, VI, VII, y VIII se les ofreció a los participantes explicación clara y sencilla de los objetivos y justificación del estudio, se les garantizó dar respuesta a cualquier duda o aclaración respecto al procedimiento. Se les reiteró su derecho y libertad de retirarse del estudio en cualquier momento. Además el estudio se apegó a lo estipulado en el Capítulo V de la Investigación en Grupos Subordinados, el Artículo 58 Fracción I y II, en virtud de que este grupo de profesionales de enfermería son trabajadores de un hospital público, en todo momento se les aclaro que si ellos decidían no participar, su decisión no tendría repercusiones en la institución donde labora y que los resultados serían reportados de manera global.

Análisis de Datos

Los datos obtenidos fueron procesados de manera electrónica mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] versión 21.0 para Windows. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach. Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central (medias y

medianas) y de variabilidad (desviación estándar) y estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Se utilizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad en la distribución de la población; según los resultados obtenidos por la prueba se decidió utilizar la estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a cada uno de los objetivos se utilizaron los siguientes estadísticos: para el primer objetivo que dictamina determinar la sensibilidad ética en el personal de enfermería por sexo, edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categorial laboral, tipo de servicio laboral y turno, se utilizó estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, *U* de Mann-Whitney, para el sexo, además de la prueba de *H* de Kruskall Wallis para las variables de edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno.

Para responder al segundo objetivo que plantea: determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y tasas de prevalencia, se calcularon además estimaciones puntuales y por Intervalos de Confianza del 95%.

Para el tercer objetivo que enuncia: determinar los tipos de consumo de alcohol por sexo, edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno se utilizó estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, *U* de Mann-Whitney para el sexo, además de la prueba de *H* de Kruskall Wallis para las variables de edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno.

Para responder el objetivo cuatro que menciona identificar la relación de la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para dar respuesta al objetivo número cinco que indica determinar la sensibilidad ética por tipo de prevalencia global, lápsica, actual e instantánea, se hizo uso de la estadística inferencial a través de U de Mann-Whitney.

Para dar respuesta al objetivo número seis que señala: determinar la sensibilidad ética por tipo de consumo, se utilizó estadística inferencial a través de H de Kruskal Wallis para las variables de consumo sensato, consumo dependiente y consumo dañino.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio, se presenta la consistencia interna de los instrumentos, estadística descriptiva de las variables sociodemográficas de los participantes y de las escalas del Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS) (Lützén, 2006) y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), validada y adaptada por De la Fuente y Kershenobich para población mexicana (1992). Posteriormente se presenta la Prueba de Normalidad de las Variables, así como la estadística inferencial que da respuesta a los objetivos del estudio.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 1

Consistencia interna del Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS) y Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)

Instrumento	Reactivos	Cantidad de Reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS)	1 al 9	9	0.73
Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	1 al 10	10	0.80

Nota: n=219

En la tabla 1 se presenta la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el presente estudio. El Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS) reportó un Coeficiente de Alpha de Cronbach de 0.73, considerada una consistencia interna aceptable. Respecto al Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) presentó un Alpha de Cronbach de 0.80 la cual se considera aceptable (Burns & Grove, 2004).

Estadística Descriptiva

Tabla 2

Datos Sociodemográficos

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	154	70.3
Masculino	65	29.7
Estado Civil		
Soltero	150	68.5
Casado/Unión Libre	59	26.9
Divorciado/Separado	9	4.1
Viudo	1	0.5
Grado de Escolaridad		
Carrera Técnica	62	28.3
Licenciatura	110	50.3
Enf. General	35	16.0
Especialidad	10	4.6
Posgrado	2	0.8
Categoría Laboral		
Enfermera de nivel administrativo	8	3.7
Especialista	6	2.7
Profesional	66	30.1
No profesional	139	63.5
Años de Experiencia Laboral		
Menos de 10 años	177	80.9
11 a 20 años	13	5.9
21 o más años	29	13.2
Turno		
Matutino	51	23.3
Vespertino	66	30.1
Nocturno	47	21.5
Jornada Acumulada	55	25.1
Área Laboral		
Materno Infantil	58	26.5
Cirugía/ Traumatología	38	17.4
Medicina Interna/ Neurología/ Nefrología	50	22.8
Urgencias	42	19.2
Quirófano	13	5.9
Cuidados Intensivos	18	8.2

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=219

En la Tabla 2 se muestran los datos sociodemográficos de los participantes, se observa que predomina el sexo femenino (70.3%), la mayoría de los participantes son solteros (68.5%). En cuanto al grado de escolaridad se puede observar que la

mayor proporción contaba con educación de nivel Licenciatura (50.3%). Sin embargo, la Categoría Laboral que predominó fue la de No profesional (63.5%). Con referencia a la Experiencia Laboral se puede observar que la mayor parte tiene menos de 10 años (80.9%) de experiencia laboral y en lo que refiere al Turno de trabajo la mayoría de los participantes pertenece al Turno Vespertino (30.1%), seguido de Jornada Acumulada (25.1%), Turno Matutino (23.3) y Turno Nocturno (21.5). En cuanto al Área Laboral, la mayor concentración de participantes se encontró en el Área de Materno-Infantil (26.5%), seguido de Medicina Interna/ Neurología/ Nefrología (22.8%), Urgencias (19.2%), Cirugía/ Traumatología (17.4%), Cuidados Intensivos (8.2%) y por último Quirófano (5.9%).

Tabla 3

Frecuencias y Porcentajes del Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS)

Reactivo	Respuesta	f	%
Yo siempre siento la responsabilidad de velar para que los pacientes reciban un buen cuidado, aun si los recursos son insuficientes	De acuerdo	199	90.8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	13	6.0
	Desacuerdo	7	3.2
Mi capacidad de percibir las necesidades del paciente es siempre útil en mi trabajo	De acuerdo	198	90.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	16	7.3
	Desacuerdo	5	2.3
Tengo muy buena capacidad de saber cuándo y si a un paciente se le debe decir la verdad	De acuerdo	169	77.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	39	17.8
	Desacuerdo	11	5.0
Mi capacidad para percibir las necesidades del paciente significa que haga más de lo que tengo fuerza para hacer	De acuerdo	140	63.9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	63	28.8
	Desacuerdo	16	7.3
Tengo muy buena capacidad para saber cuándo un paciente no está recibiendo un buen cuidado	De acuerdo	182	83.2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	31	14.2
	Desacuerdo	6	2.7
Me resulta muy difícil poder manejar mis sentimientos que se despiertan cuando un paciente está sufriendo.	De acuerdo	81	37.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	70	32.0
	Desacuerdo	68	31.0

Continuación

Reactivo	Respuesta	f	%
Al cuidar a los pacientes, estoy siempre consciente del equilibrio entre el potencial de hacer el bien y el riesgo de causarles daño	De acuerdo	187	85.4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	27	12.3
	Desacuerdo	5	2.3
Frecuentemente me encuentro en situaciones en las que siento que no tengo la capacidad adecuada para percibir las necesidades del paciente	De acuerdo	65	29.7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	41	18.7
	Desacuerdo	113	51.6
Me parece que cuando estoy en condiciones de trabajar de acuerdo a las normas y reglamentos del hospital, rara vez me resulta difícil saber lo que es bueno o malo para el paciente.	De acuerdo	116	53.0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	36	16.5
	Desacuerdo	67	30.5

Nota: %=Porcentaje, f= Frecuencia, n=219

En la tabla 3 se presenta el Cuestionario de Sensibilidad Ética (MQS); es importante señalar que con el propósito de que los datos se muestren con más claridad se realizó una sumatoria de las seis alternativas de respuesta y se conjuntaron en tres. Para la alternativa De Acuerdo se conjuntaron los resultados de las opciones Completamente de acuerdo y Frecuentemente de acuerdo, para ni acuerdo ni en desacuerdo se conjuntaron las alternativas Algunas veces en desacuerdo y Algunas veces de acuerdo y para Desacuerdo se conjuntaron las alternativas Completamente en desacuerdo y Frecuentemente en desacuerdo.

Respecto al reactivo uno que indica que el personal siente la responsabilidad de velar para que los pacientes reciban un buen cuidado aun si los recursos son insuficientes, el 90.8% señaló estar de acuerdo. El 90.4% señaló estar de acuerdo con que su capacidad de percibir las necesidades del paciente es siempre útil en su trabajo, el 77.2% señaló estar de acuerdo con tener muy buena capacidad de saber cuándo y si a un paciente se le debe decir la verdad, mientras que el 63.9% estuvo de acuerdo en que su capacidad para percibir las necesidades del paciente significa que tenga que hacer más de lo que tiene fuerza para hacer.

El 83.2% del personal mostró estar de acuerdo en tener una buena capacidad para saber cuándo un paciente no está recibiendo un buen cuidado; para el reactivo número seis que señala si le resulta difícil poder manejar sus sentimientos que se despiertan cuando un paciente está sufriendo, los resultados fueron similares en las tres categorías, el 37.0% señaló estar de acuerdo, el 31.0% no está de acuerdo y el 32.0% no está de acuerdo ni en desacuerdo.

El 85.4% de los participantes refirió estar de acuerdo en que están siempre conscientes del equilibrio entre el potencial de hacer el bien y el riesgo de causar daño a los pacientes. Por otro lado, el 51.6% refirió estar en desacuerdo con el reactivo ocho que menciona que frecuentemente se encuentran en situaciones en las que sienten que no tienen la capacidad para percibir las necesidades del paciente, mientras que el 29.7% señaló estar de acuerdo y para la pregunta nueve un 53% refirió estar de acuerdo que al trabajar de acuerdo a las normas y reglamentos hospitalarios, raras veces les resultaba difícil saber lo que es bueno o malo para el paciente, mientras que el 30.5% refirió estar en desacuerdo.

Tabla 4

Frecuencias y proporciones de los indicadores de frecuencia y cantidad de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT

	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
	%	%	%	%	%
¿Qué tan frecuente ingiere bebidas alcohólicas? (cerveza, tequila, vodka, vino)	0 (0)	65.6 (101)	30.5 (47)	3.9 (6)	0 (0)
	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8 o 9	10 o mas
	%	%	%	%	%
¿Cuántas bebidas toma en un día típico de lo que bebe?	36.1 (79)	27.9 (43)	19.5 (30)	7.1 (11)	10.4 (16)
	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	51.3 (79)	25.3 (39)	19.5 (30)	3.9 (6)	0 (0)

Nota: AUDIT= Cuestionario de identificación de desórdenes por uso de alcohol, n=145, %=porcentaje, las frecuencias entre paréntesis

En la tabla 4 se identifican las frecuencias y proporciones de los indicadores de cantidad y frecuencia de consumo de alcohol de acuerdo al AUDIT, se observa que el 65.6% del personal de enfermería consume bebidas alcohólicas una o menos veces al mes, seguido de 2 a 4 veces al mes (30.5%) y que en un día típico de consumo el 35.1% consume 1 o 2 bebidas alcohólicas, seguido de 3 o 4 bebidas

alcohólicas (27.9%). El 51.3% refiere nunca consumir más de 6 bebidas alcohólicas en un día típico, seguido de menos de una vez con un 25.3%.

Tabla 5

Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala:

Dependencia

Dependencia	Nunca %	Menos de una vez al mes %	Mensualme nte %	Semanal mente %	A diario o casi a diario %
Durante el último año ¿Con qué frecuencia no pudo parar de beber una vez que había comenzado?	77.9 (120)	17.5 (27)	3.9 (6)	0 (0)	.6 (1)
Durante el último año ¿con qué frecuencia dejó de hacer algo que debía haber hecho por beber?	87 (134)	11 (17)	1.3 (2)	0 (0)	.6 (1)
Durante el último año ¿con qué frecuencia bebió por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?	81.8 (126)	10.5 (23)	2.3 (5)	0 (0)	0 (0)

Nota: AUDIT= Cuestionario de identificación de desórdenes por uso de alcohol, n=145, %=porcentaje, las frecuencias entre paréntesis

En la tabla 5 se muestran las frecuencias y proporciones del consumo de alcohol del personal de enfermería de acuerdo al AUDIT en la subescala de dependencia, se observa que el 77.9% señaló nunca le ocurrió que no podía parar de beber una vez que había empezado a beber, seguido de menos de una vez al mes 17.5%. Respecto a la pregunta de que si durante el último año con qué frecuencia dejó de hacer algo que debía haber hecho por beber alcohol el 87% informó que nunca le había ocurrido. El 81.8% informó que durante el último año nunca bebió por la mañana después de haber bebido alcohol en exceso el día anterior.

Tabla 6

Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT, Subescala: Daño

Daño	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
	%	%	%	%	%
Durante el último año ¿con qué frecuencia tuvo remordimientos o se sintió culpable después de haber bebido?	87.0 (134)	11.7 (18)	0.6 (1)	0.6 (1)	0 (0)
Durante el último año ¿Con qué frecuencia no pudo recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estaba bebiendo?	93.5 (144)	5.2 (8)	0 (0)	0.6 (1)	0.6 (1)
	No	Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año	
	%	%	%	%	%
¿Se ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol?	97.4 (150)		3.2 (5)		0 (0)
¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que usted bebe o le han sugerido que le baje a su forma de beber?	98.7 (152)		1.3 (2)		0 (0)

Nota: AUDIT= Cuestionario de identificación de desórdenes por uso de alcohol, n=145, %=porcentaje, las frecuencias entre paréntesis

La tabla 6 muestra las frecuencias y proporciones del consumo de alcohol AUDIT del personal de enfermería en la subescala daño, se observa que el 87% indicó que nunca tuvo remordimientos o se sintió culpable después de haber bebido,

además el 93.5% señaló que nunca le ocurrió el no poder recordar lo que sucedió o lo qué pasó cuando estaba bebiendo. Respecto a la pregunta sobre si ha lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de su ingestión de alcohol, el 96.8% indicó que esto nunca le ha ocurrido, finalmente el 98.7% reportó que nunca ha ocurrido que algún familiar, amigo o médico haya mostrado preocupación por la forma en que consume alcohol o que le hubieran sugerido que bajara o disminuyera su forma de beber.

Estadística Inferencial

Tabla 7

Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de normalidad de

Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	219 ^a	28.2	25.0	9.7	18.0	57.0	.245	.001
Edad de Inicio de Consumo (años)	185 ^b	18.9	18.0	3.5	13.0	45.0	.250	.001
Cantidad de bebidas por Ocasión	185 ^b	3.8	3.0	3.0	1.0	19.0	.177	.001
Índice MSQ	219 ^a	72.7	73.3	14.6	11.0	100	.077	.003
Índice Carga moral	219 ^a	58.6	61.1	21.2	0.0	100	.077	.003
Índice Fortaleza moral	219 ^a	81.3	91.6	20.8	0.0	100	.204	.001
Índice Responsabilidad moral	219 ^a	56.7	66.6	39.0	0.0	100	.190	.001
Índice AUDIT	154 ^b	10.6	7.5	8.7	2.7	47.5	.221	.001
Índice Consumo Sensato o sin riesgo	154 ^b	28.5	16.6	19.8	8.3	83.3	.264	.001
Índice Consumo Dependiente o de riesgo	154 ^b	4.9	0.0	10.5	0.0	50.0	.415	.001
Índice Consumo Perjudicial o dañino	154 ^b	1.4	0.0	4.6	0.0	37.5	.468	.001

Nota: ^an= muestra total, ^bn=consumidores de alcohol alguna vez en la vida, ^cn=consumidores de alcohol en el último año, \bar{X} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*=Desviación Estándar, *D^a*= Estadístico de Prueba de Normalidad, *p*=Valor de *p*

En la tabla 7 se muestran los datos descriptivos de las variables continuas y numéricas y los resultados de la prueba de normalidad de los datos a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. En base a esta prueba y en virtud de que no hubo normalidad en la distribución de las variables continuas y numéricas, se decidió el uso de estadística no paramétrica para dar respuesta a los objetivos planteados.

Los datos sociodemográficos indican que la edad promedio del personal de enfermería fue de 28.2 años (*DE*=9.7). Respecto a la edad de inicio de consumo de

alcohol, la media fue de 18.9 años ($DE=3.5$) y en promedio el personal de enfermería consume una media de 3.8 bebidas por ocasión ($DE=3.0$). Con respecto al consumo de alcohol reportado por el AUDIT se observa una media de 10.6 ($DE=8.7$), para el consumo sensato o sin riesgo una media de 28.5 ($DE=8.3$), para el consumo dependiente o de riesgo la media fue de 4.9 ($DE=10.5$) y para el consumo perjudicial o dañino la media reportada fue de 1.4 ($DE=4.6$). Respecto al índice de sensibilidad ética medida por la escala de MSQ se encontró una media general de 72.7 ($DE=14.6$), para la dimensión de carga moral se observa una media de 58.6 ($DE=21.2$), para la dimensión de fortaleza moral se observa una media de 81.3 ($DE=20.8$) y para la dimensión de responsabilidad moral se muestra una media de 56.7 ($DE=39.0$).

Para dar respuesta al primer objetivo que dictamina determinar la sensibilidad ética en el personal de enfermería por sexo, edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categorial laboral, tipo de servicio laboral y turno, se utilizó estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, U de Mann-Whitney, para el sexo, además de la prueba de H de Kruskal Wallis para las variables de edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno, los resultados se muestran en las tablas 8 a la 14.

Tabla 8

Prueba Chi cuadrada para el índice de sensibilidad ética por sexo

Sexo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219				
Femenino	154	71.92	73.33	4346.5	.124
Masculino	65	74.63	77.78		
Carga Moral					
Femenino	154	58.11	55.55	4664.5	.425
Masculino	65	58.62	61.11		
Fortaleza moral					
Femenino	154	80.03	83.33	3853.0	.006
Masculino	65	84.61	91.66		
Responsabilidad moral					
Femenino	154	54.97	66.66	4616.0	.356
Masculino	65	61.02	66.66		

Nota: *n*= 219, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico de Mann-Whitney, *p*=Valor de *p*.

En la tabla 8 se observa que no existen diferencias significativas en el índice de MSQ por sexo ($U=4346.5$, $p=.124$). De la misma manera para la dimensión de carga moral por sexo ($U=4664.5$, $p=.425$) no se mostraron diferencias significativas. Respecto a la dimensión de fortaleza moral por sexo, se observa diferencia significativa ($U=3853.0$, $p=.006$), reportándose mayor fortaleza moral para el personal de sexo masculino ($\bar{X}=84.81$, $Mdn=91.66$) que lo reportado para el sexo femenino ($\bar{X}=80.03$, $Mdn=83.33$). En relación a la dimensión de responsabilidad moral por sexo ($U=4616.0$, $p=.356$) no se mostraron diferencias significativas.

Tabla 9

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por edad

Edad	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219					
18 a 24 años	109	71.5	73.3	15.0	1.72	.423
25 a 34años	70	72.8	73.3	14.2		
35 o más años	40	75.6	75.5	14.2		
Carga Moral						
18 a 24 años	109	57.5	55.5	21.0	0.30	.858
25 a 34años	70	59.2	61.1	21.9		
35 o más años	40	60.4	61.1	20.8		
Fortaleza moral						
18 a 24 años	109	78.6	83.3	17.0	5.86	.053
25 a 34años	70	82.5	83.3	17.1		
35 o más años	40	86.8	91.6	23.7		
Responsabilidad moral						
18 a 24 años	109	56.5	66.6	38.9	1.97	.372
25 a 34años	70	53.8	50.0	38.6		
35 o más años	40	62.5	83.3	40.6		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

Referente al MSQ por edad (tabla 9) no se mostraron diferencias significativas en el índice total de la SE por edad ($H=1.72$, $p=.423$), así mismo no se encontró significancia en las dimensiones de carga moral ($H=.305$, $p=.858$), ni responsabilidad moral ($H=1.97$, $p=.372$). Sin embargo, en la dimensión de fortaleza moral ($H=5.86$, $p=.053$), se observó una tendencia a la significancia mostrando mayor fortaleza moral el grupo de 35 o más años ($\bar{X}=86.8$, $Mdn=91.6$), seguido del grupo de 25 a 24 años ($\bar{X}=82.5$, $Mdn=83.3$) y por último el grupo de 18 a 24 años ($\bar{X}=78.6$, $Mdn=83.3$).

Tabla 10

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por escolaridad

Escolaridad	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219					
Carrera técnica	62	71.4	74.4	16.6	7.01	.135
Licenciatura	110	74.0	73.3	12.3		
Enf. General	35	68.0	71.1	16.7		
Especialidad	10	81.1	82.2	10.3		
Posgrado	2	81.1	81.1	26.7		
Carga Moral						
Carrera técnica	62	54.4	55.5	21.5	4.31	.364
Licenciatura	110	60.1	61.1	20.6		
Enf. General	35	57.9	55.5	21.8		
Especialidad	10	68.3	63.8	18.1		
Posgrado	2	69.4	69.4	43.2		
Fortaleza moral						
Carrera técnica	62	80.7	91.6	23.5	10.88	.028
Licenciatura	110	84.0	91.6	16.1		
Enf. General	35	71.1	75.0	27.8		
Especialidad	10	88.3	87.5	9.7		
Posgrado	2	95.8	95.8	5.8		
Responsabilidad moral						
Carrera técnica	62	60.4	83.3	42.7	7.58	.108
Licenciatura	110	56.9	66.6	35.2		
Enf. General	35	43.8	33.3	42.9		
Especialidad	10	76.6	91.6	30.6		
Posgrado	2	58.3	58.3	58.9		

Nota: $n=219$, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de *p*

En la tabla 10 se muestra que no existen diferencias significativas en el índice de MSQ por escolaridad ($H=7.01$, $p=.135$), así mismo no se encontraron diferencias significativas para la dimensión de carga moral ($H=4.31$, $p=.364$). Sin embargo para la dimensión de fortaleza moral, se mostraron diferencias significativas ($H=10.8$, $p=.028$), donde el personal de enfermería que contaba con nivel de educación de posgrado presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=95.8$, $Mdn=95.8$), seguido del grupo de especialidad ($\bar{X}=88.3$, $Mdn=87.5$) y del grupo de Licenciatura

(\bar{X} = 84.0, Mdn =91.6), el valor más bajo de fortaleza moral se encontró en el grupo de enfermería general (\bar{X} = 71.1, Mdn =75.0). No se encontraron diferencias significativas para la dimensión de responsabilidad moral por escolaridad (H =7.58, p =.108).

Tabla 11

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por años de experiencia laboral

Experiencia laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219					
Menos de 10 años	177	72.3	73.3	14.8	1.10	.577
11 a 20 años	13	71.7	71.1	11.7		
21 o más años	29	75.2	75.5	14.8		
Carga Moral						
Menos de 10 años	177	58.6	55.5	21.5	0.18	.910
11 a 20 años	13	59.8	61.1	17.7		
21 o más años	29	58.0	61.1	21.5		
Fortaleza moral						
Menos de 10 años	177	80.3	83.3	21.6	11.28	.004
11 a 20 años	13	80.1	83.3			
21 o más años	29	88.5	100	18.6		
Responsabilidad moral						
Menos de 10 años	177	56.3	66.6	38.8	2.22	.329
11 a 20 años	13	48.1	50.0	37.5		
21 o más años	29	63.2	83.3	41.1		

Nota: n =Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn =Mediana, DE =Desviación estándar, H =Estadístico de Kruskal-Wallis, p =Valor de p

En la tabla 11 se muestra que no se encontraron diferencias significativas en el índice de MSQ por años de experiencia laboral (H =1.10, p =.577), asimismo no se encontraron diferencias significativas para las dimensiones de carga moral (H =0.18, p =.910) responsabilidad moral (H =2.22, p =.329). Sin embargo para la dimensión de fortaleza moral se encontraron diferencias significativas (H =11.28, p =.004) en donde el personal con 21 o más años de experiencia

presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}= 88.5$, $Mdn=100$) en comparación con el personal de menos de 10 años de experiencia ($\bar{X}= 80.3$, $Mdn=83.3$) y el personal de 11 a 20 años de experiencia ($\bar{X}= 80.1$, $Mdn=83.3$).

Tabla 12

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por categoría laboral

Categoría laboral	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219					
Profesional	66	72.9	73.3	12.1	9.23	.026
No profesional	139	71.5	73.3	15.5		
Especialista	6	83.3	88.8	12.5		
Puesto Administrativo	8	84.1	73.3	11.4		
Carga moral						
Profesional	66	58.1	61.1	20.8	8.29	.040
No profesional	139	57.2	55.5	21.2		
Especialista	6	75.9	80.5	19.4		
Puesto Administrativo	8	73.6	75.0	17.7		
Fortaleza moral						
Profesional	66	83.4	91.6	16.8	13.16	.004
No profesional	139	79.3	83.3	22.9		
Especialista	6	83.3	83.3	7.4		
Puesto Administrativo	8	98.9	100	2.9		
Responsabilidad moral						.374
Profesional	66	55.3	66.6	35.2	3.11	
No profesional	139	56.1	66.6	41.0		
Especialista	6	80.5	91.6	26.7		
Puesto Administrativo	8	62.5	75	41.5		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

En la tabla 12 se muestra que existen diferencias significativas en el índice de MSQ total por categoría laboral ($H=9.23$, $p=.026$), donde el personal de enfermería con categoría de puesto administrativo especialista presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}= 84.1$, $Mdn=73.3$), seguido del personal con especialidad

($\bar{X}= 83.3$, $Mdn=88.8$), personal profesional ($\bar{X}= 72.9$, $Mdn=73.3$) y por último el personal de categoría no profesional ($\bar{X}= 71.5$, $Mdn=73.3$). Asimismo se encontraron diferencias significativas para la dimensión de carga moral ($H=8.29$, $p=.040$), donde el personal especialista presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}= 75.9$, $Mdn=80.5$), seguido del personal con puesto administrativo ($\bar{X}= 73.6$, $Mdn=75.0$), personal profesional ($\bar{X}= 58.1$, $Mdn=61.1$) y en último lugar el personal no profesional ($\bar{X}=57.2$, $Mdn=55.5$). De la misma manera para la dimensión de fortaleza moral se encontraron diferencias significativas ($H=13.16$, $p=.004$), donde el personal con puesto administrativo presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}= 98.9$, $Mdn=100$), seguido del personal profesional ($\bar{X}= 83.4$, $Mdn=91.6$), el personal especialista ($\bar{X}= 88.3$, $Mdn=83.3$) y en último lugar en el personal no profesional ($\bar{X}= 79.3$, $Mdn=83.3$). Sin embargo en la dimensión de responsabilidad moral no se encontraron diferencias significativas por categoría ($H=3.11$, $p=.374$).

Tabla 13

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por tipo de servicio

Tipo de servicio	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219					
Medicina Interna/ Neurología/ Nefrología	50	74.1	76.7	12.7	13.81	.017
Materno Infantil	58	70.1	71.1	11.3		
Cirugía/Traumatología	38	71.7	75.5	21.0		
Urgencias	42	70.3	68.8	13.4		
Cuidados Intensivos	18	80.7	86.6	14.2		
Quirófano	13	78.1	80.0	12.3		
Carga moral						
Medicina Interna/ Neurología/ Nefrología	50	60.5	58.3	19.1	10.99	.052
Materno Infantil	58	51.9	55.5	17.4		
Cirugía/Traumatología	38	57.6	63.8	27.8		
Urgencias	42	60.3	58.3	20.4		
Cuidados Intensivos	18	68.2	69.4	19.5		
Quirófano	13	65.3	61.1	21.4		
Fortaleza moral						
Medicina Interna/ Neurología/ Nefrología	50	80.5	91.9	21.9	15.13	.010
Materno Infantil	58	83.6	83.3	14.4		
Cirugía/Traumatología	38	80.4	91.6	30.3		
Urgencias	42	75.3	75.0	18.6		
Cuidados Intensivos	18	89.8	100	18.8		
Quirófano	13	85.2	83.3	12.3		
Responsabilidad moral						
Medicina Interna/ Neurología/ Nefrología	50	63.3	83.3	38.0	11.03	.051
Materno Infantil	58	53.1	50.0	34.9		
Cirugía/Traumatología	38	54.3	66.6	47.7		
Urgencias	42	46.0	50.0	37.3		
Cuidados Intensivos	18	71.2	83.3	36.9		
Quirófano	13	69.2	83.3	33.2		

Nota: *n*=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

En la tabla 13 se puede observar que se encontraron diferencias significativas en el índice de MSQ total y el área laboral ($H=13.81$, $p=.017$), donde el personal de cuidados intensivos presentó medias y medianas más altas

(\bar{X} = 80.7, Mdn =86.6), seguido del personal de quirófano (\bar{X} = 78.1, Mdn =80.0), el personal de medicina interna/ neurología/ nefrología (\bar{X} = 74.1, Mdn =76.7), posteriormente el personal de cirugía/traumatología (\bar{X} = 71.5, Mdn =75.5), urgencias (\bar{X} = 70.5, Mdn =68.8) y por último el personal del área materno-infantil (\bar{X} = 70.1, Mdn =71.1). Para las dimensiones de carga moral (H =10.99, p =.052) y responsabilidad moral (H =11.03, p =.051) se muestra tendencia a la significancia, donde el personal de cuidados intensivos presenta medias y medianas más altas (\bar{X} = 68.2, Mdn =69.4). Para la dimensión de fortaleza moral por área laboral, se encontraron diferencias significativas (H =15.13, p =.010), donde el personal del área de cuidados intensivos presenta medias y medianas más altas (\bar{X} = 89.8, Mdn =100), seguido del personal de quirófano (\bar{X} = 85.2, Mdn =83.3), materno infantil (\bar{X} = 83.6, Mdn =83.3), medicina interna/ neurología/ nefrología (\bar{X} = 80.5, Mdn =91.9), cirugía/traumatología (\bar{X} = 80.4, Mdn =91.6) y por último el personal de urgencias (\bar{X} = 75.3, Mdn =75.0).

Tabla 14

Prueba H de Kruskal-Wallis para el índice de sensibilidad ética por turno

Turno	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total	219					
Matutino	51	72.42	71.11	16.08	14.38	.002
Vespertino	66	70.40	71.11	14.27		
Nocturno	47	69.08	71.11	15.77		
Jornada Acumulada	55	78.91	80.00	10.51		
Carga Moral					8.14	.043
Matutino	51	56.20	55.55	22.86		
Vespertino	66	55.80	55.55	20.12		
Nocturno	47	56.85	61.11	23.26		
Jornada Acumulada	55	65.75	66.66	17.85		
Fortaleza moral						
Matutino	51	83.33	91.66	20.68	10.41	.015
Vespertino	66	78.28	83.33	24.27		
Nocturno	47	75.70	83.33	22.64		
Jornada Acumulada	55	88.18	91.66	11.19		
Responsabilidad moral						
Matutino	51	57.84	66.66	42.21	7.74	.051
Vespertino	66	54.04	58.33	37.33		
Nocturno	47	46.09	50.00	41.73		
Jornada Acumulada	55	68.18	83.33	33.22		

Nota: n=Muestra total, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

Respecto al índice de MSQ total y el turno se encontraron diferencias significativas ($H=14.38$, $p=.002$), donde el personal de jornada acumulada presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=78.9$, $Mdn=80.0$), seguido del personal de turno matutino ($\bar{X}=72.4$, $Mdn=71.1$), turno vespertino ($\bar{X}=70.4$, $Mdn=71.1$) y por último el personal de turno nocturno ($\bar{X}=69.0$, $Mdn=71.1$). Asimismo para la dimensión de carga moral se pueden observar diferencias significativas ($H=8.14$, $p=.043$), donde el personal de jornada acumulada presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=65.7$, $Mdn=66.6$), seguido del personal de turno nocturno ($\bar{X}=56.8$, $Mdn=61.1$), turno matutino ($\bar{X}=56.2$, $Mdn=55.5$) y por último el personal

de turno vespertino ($\bar{X}=55.8$, $Mdn=55.5$). De igual manera se observan diferencias significativas para la dimensión de fortaleza moral y el turno ($H=10.41$, $p=.015$), donde el personal de jornada acumulada presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=88.1$, $Mdn=91.6$), seguido del personal de turno matutino ($\bar{X}=83.3$, $Mdn=91.6$), el personal de turno vespertino ($\bar{X}=78.2$, $Mdn=83.3$) y por último, el personal de turno nocturno ($\bar{X}=75.7$, $Mdn=83.3$). La dimensión de responsabilidad moral mostró una tendencia a la significancia ($H=7.74$, $p=.051$) donde el personal del turno de jornada acumulada presentó medias y medianas más altas que el resto de los turnos ($\bar{X}=68.1$, $Mdn=83.3$). Con los resultados anteriores se da respuesta al primer objetivo.

Para responder al segundo objetivo que plantea: determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y tasas de prevalencia, se calcularon estimaciones puntuales y por Intervalos de Confianza del 95%. Los resultados se muestran en la tabla 15.

Tabla 15

Prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería

Prevalencia del consumo de alcohol	Consumo de Alcohol				IC al 95%	
	Si		No		LI	LS
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Global (Alguna vez en la vida)	185	84.5	35	15.5	79	89
Lápsica (En el último año)	154	70.3	65	29.7	64	76
Actual (En el último mes)	110	50.2	109	49.8	43	56
Instantánea (En los últimos 7 días)	50	22.7	169	77.2	17	28

Nota: %=Porcentaje, *f*=Frecuencia, IC=Intervalo de Confianza del 95%, LI= Límite Inferior, LS=Límite Superior, $n=219$

En la tabla 15 se reporta la prevalencia del consumo de alcohol del personal de enfermería. El 84.5% con un IC 95% [79-89] de los participantes señaló haber consumido alcohol alguna vez en la vida, el 70.3% con un IC 95% [64-76] reportó el consumo de alcohol en el último año, el 50.2% con un IC 95% [43-56] de los participantes señaló haber consumido alcohol en el último mes y el 22.7% con un IC 95% [17-28] señaló haber consumido alcohol en los últimos 7 días. Con los datos anteriores se da respuesta al segundo objetivo.

Para dar respuesta al tercer objetivo que enuncia: determinar los tipos de consumo de alcohol por sexo, edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno se utilizó estadística inferencial a través de la Chi cuadrada, *U* de Mann-Whitney para el sexo, además de la prueba de *H* de Kruskal Wallis para las variables de edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral, tipo de servicio laboral y turno, los resultados se muestran en las tablas 16 a la 22.

Tabla 16

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por sexo

Tipos de consumo de alcohol	Sexo				X ²	p
	Femenino		Masculino			
	f	%	f	%		
Consumo Sensato	63	64.9	13	22.8	28.6	.001
Consumo Dependiente	25	25.8	24	42.1		
Consumo Dañino	9	9.3	20	35.1		

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 16 se muestra que existen diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por sexo ($X^2=28.6$, $p=.001$). Se observa que el personal de enfermería del sexo femenino presentó mayor consumo sensato (64.9%) que el

personal de sexo masculino (22.8%). El consumo dependiente fue mayor para el sexo masculino (42.1%) que el sexo femenino (25.8%) así como el consumo de alcohol dañino fue más alto para el personal del sexo masculino (35.1%) que para el sexo femenino (9.3%).

Tabla 17

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por edad

Tipos de consumo de alcohol	Edad						X^2	p
	18 a 24 años		25 a 34 años		35 o más años			
	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	46	51.1	20	42.6	10	58.8	12.47	.014
Consumo Dependiente	30	33.3	19	40.4	0	0.0		
Consumo Dañino	14	15.6	8	17.0	7	18.8		
Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p								

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 17 se muestra que existen diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol por edad ($X^2=12.47$, $p=.014$). Se observa que el personal de enfermería de 35 años o más presentó mayor consumo sensato (58.8%) que los grupos de 18 a 24 años (51.1%) y 25 a 34 años (42.6%). El consumo dependiente fue más alto en el grupo de 25 a 34 años (40.4%) que para los grupos de 18 a 24 años (33.3%) y 35 o más (0%). Así mismo el consumo dañino fue mayor para el grupo de 35 o más años (18.8%) seguido del grupo de 25 a 34 años (17%) y por último el grupo de 18 a 24 años (15.6%).

Tabla 18

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por escolaridad

Tipos de consumo de alcohol	Escolaridad										X^2	p
	Carrera técnica		Licenciatura		Enf. General		Especialidad		Posgrado			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	26	50.0	40	53.3	5	26.3	5	71.4	0	0.0	10.7	.216
Consumo Dependiente	17	32.7	21	28.0	10	52.6	0	0.0	1	100		
Consumo Dañino	9	17.3	14	18.7	4	21.1	2	28.6	0	0.0		

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 18 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por escolaridad (carrera técnica, licenciatura, enfermería general, especialidad y posgrado) no se identificaron diferencias significativas ($X^2=10.7$, $p=.216$).

Tabla 19

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por años de experiencia laboral

Tipos de consumo de alcohol	Años de experiencia laboral						X^2	p
	Menos de 10 años		11 a 20 años		21 o más años			
	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	66	48.5	3	50.0	7	58.3	7.93	.093
Consumo Dependiente	47	34.6	2	33.3	0	0.0		
Consumo Dañino	23	16.9	1	16.7	5	41.7		

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 19 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por años de experiencia laboral (menos de 10 años, de 11 a 20 años y 21 o más años) donde no se identificaron diferencias significativas ($X^2=7.93$, $p=.093$).

Tabla 20

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por categoría laboral

Tipos de consumo de alcohol	Categoría laboral								X^2	p
	Profesional		No profesional		Especialista		Puesto administrativo			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	24	49.0	48	48.5	2	66.7	2	66.7	5.57	.472
Consumo Dependiente	13	26.5	36	36.4	0	0.0	0	0.0		
Consumo Dañino	12	24.5	15	15.2	1	33.3	1	33.3		

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 20 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por categoría laboral (profesional, no profesional, especialista y puesto administrativo) donde no se identificaron diferencias significativas ($X^2=5.57$, $p=.472$).

Tabla 21

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por área laboral

Tipos de consumo de alcohol	Tipo de servicio												X^2	p
	Medicina interna/ Neuro/ Nefrología		Materno infantil		Cirugía / trauma		Urgencias		Cuidados intensivos		Quirofa -no			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	12	36.4	25	62.5	9	32.1	18	58.1	7	58.3	5	50	13.9	.17
Consumo Dependiente	11	33.3	9	22.5	11	39.3	11	35.5	4	33.3	3	30		
Consumo Dañino	10	30.3	6	15	8	28.6	2	6.5	1	8.3	2	20		

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 21 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por tipo de servicio (medicina interna/neurología/nefrología, materno infantil, cirugía/trauma, urgencias, cuidados intensivos y quirófano) donde no se identificaron diferencias significativas ($X^2=13.9$, $p=.170$).

Tabla 22

Prueba Chi cuadrada para el tipo de consumo de alcohol por turno

Tipos de consumo de alcohol	Turno								X^2	p
	Matutino		Vespertino		Nocturno		Jornada acumulada			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Consumo Sensato	15	51.7	23	45.1	15	45.5	23	56.1	4.51	.608
Consumo Dependiente	10	34.5	19	37.3	12	36.4	8	19.5		
Consumo Dañino	4	13.8	9	17.6	6	18.2	10	24.4		

Nota: $n=154$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, X^2 =prueba de Chi cuadrada, p =Valor de p

En la tabla 22 se muestra el tipo de consumo de alcohol del personal de enfermería por turno (matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada) donde no se identificaron diferencias significativas ($X^2=4.51$, $p=.608$). Con los datos anteriores se da respuesta al tercer objetivo.

Para responder el objetivo cuatro que menciona identificar la relación de la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería, se realizó el Coeficiente de Correlación de Spearman, los datos se muestran en la tabla 23

Tabla 23

Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y la sensibilidad ética en el personal de enfermería

	MSQ	Carga moral	Fortaleza moral	Responsabilidad moral
Edad de inicio de consumo	.001	-.029	-.019	.080
Edad	.066	.030	.144*	.010
Años de experiencia	.019	.007	.091	-.022
AUDIT	.104	.174*	.026	.015
Consumo sensato	.091	.152	.072	-.004
Consumo dependiente	.131	.152	.029	.047
Consumo dañino	.152	.193*	-.093	.159*

Nota: * $p < .05$, MSQ=Escala de Sensibilidad Ética, AUDIT=Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol

En la tabla 23 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para los tipos de consumo de alcohol y sensibilidad ética del personal de enfermería; se identificó que la edad de los participantes se relaciona positiva y significativamente ($r_s=.144$, $p<.05$) con la fortaleza moral (dimensión de la sensibilidad ética), lo que indica que a mayor edad mayor fortaleza moral. Asimismo se puede observar que la dimensión de carga moral se relaciona positiva y significativamente con el consumo de alcohol de los participantes ($r_s=.174$, $p<.05$) lo que indica que a mayor carga moral mayor consumo de alcohol. De igual forma, la carga moral ($r_s=.193$, $p<.05$) y la responsabilidad moral ($r_s=.159$, $p<.05$) se relacionaron positiva y significativamente con el consumo dañino de alcohol, lo que indica que a mayor carga moral y a mayor responsabilidad moral, hay un mayor consumo dañino de alcohol.

Con los datos anteriores se da respuesta al objetivo cuatro.

Para dar respuesta al objetivo número cinco que indica determinar la sensibilidad ética por tipo de prevalencia global, lápsica, actual e instantánea, se utilizó la estadística inferencial a través de *U* de Mann-Whitney, los resultados se muestran en las tablas 24 a la 27.

Tabla 24

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de MSQ por tipo de prevalencia

Tipo de prevalencia	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global (alguna vez en la vida)						
Si	185	76.8	76.6	12.8	2567.0	.088
No	34	71.9	73.3	14.8		
Lápsica (en el último año)						
Si	154	72.5	73.3	16.1	4530.0	.267
No	65	74.3	73.3	13.9		
Actual (en el último mes)						
Si	110	72.6	75.6	13.6	5899.0	.838
No	109	72.8	73.3	15.5		
Instantánea (en los últimos siete días)						
		74.9	77.7	14.6	3650.0	.144
Si	50	72.0	73.3	14.6		
No	169					

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de *p*

En la tabla 24 se observa que no existen diferencias significativas en el índice MSQ total y la prevalencia de consumo de alcohol global ($U=2567.0$, $p=.088$), asimismo no se observan diferencias significativas para el tipo de prevalencia lápsica ($U=45300$, $p=.267$), prevalencia actual ($U=5899$, $p=.838$), ni para la prevalencia instantánea ($U=3650$, $p=.144$).

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de carga moral por tipo de prevalencia

Tipo de prevalencia	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global (alguna vez en la vida)						
Si	185	58.0	61.1	21.2	2787.0	.290
No	34	61.9	61.1	21.1		
Lapsica (en el último año)						
Si	154	57.3	57.3	20.4	4362.0	.132
No	65	61.7	61.7	22.8		
Actual (en el último mes)						
Si	110	58.2	58.3	20.7	5852.5	.760
No	109	59.0	61.1	21.8		
Instantánea (en los últimos siete días)						
Si	50	61.1	66.6	23.2	3665.0	.154
No	169	57.8	55.5	20.6		

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

En la tabla 25 se observa que no existen diferencias significativas en el índice de carga moral y la prevalencia de consumo de alcohol global ($U=2787.0$, $p=.290$), asimismo no se observa significancia para el tipo de prevalencia lápsica ($U=4362$, $p=.132$), prevalencia actual ($U=5852.5$, $p=.760$), ni para la prevalencia instantánea ($U=3665.0$, $p=.154$).

Tabla 26

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de fortaleza moral por tipo de prevalencia

Tipo de prevalencia	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global (alguna vez en la vida)						
Si	185	80.2	83.3	21.8	2607.0	.106
No	34	87.5	91.6	13.1		
Lapsica (en el último año)						
Si	154	80.0	83.3	22.2	4655	.404
No	65	84.4	91.6	16.7		
Actual (en el último mes)						
Si	110	80.7	91.6	23.3	5598.0	.388
No	109	82.0	83.3	18.0		
Instantánea (en los últimos siete días)						
No	50	84.5	91.6	24.8	3137.0	.005
Si	169	80.4	83.3	19.5		

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

En la tabla 26 se observa que no existen diferencias significativas en el índice de fortaleza moral y la prevalencia de consumo de alcohol global ($U=2607$, $p=.106$). Asimismo no se observa significancia para el tipo de prevalencia lápsica ($U=4655$, $p=.404$) ni para la prevalencia actual ($U=5598.0$, $p=.388$). Sin embargo se puede observar significancia estadística en el índice de fortaleza moral por tipo de prevalencia de consumo instantánea ($U=3137.0$, $p=.005$) donde el personal que no consumió alcohol en los últimos 7 días presentó medias y medianas más altas ($\bar{X}=84.5$, $Mdn=91.6$) de fortaleza moral en comparación con el personal que si consumió ($\bar{X}=80.4$, $Mdn=83.3$).

Tabla 27

Prueba U de Mann-Whitney para el índice de responsabilidad moral por tipo de prevalencia

Tipo de prevalencia	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Global (alguna vez en la vida)						
Si	185	55.1	66.6	38.9	2605.0	.106
No	34	65.6	83.3	38.9		
Lapsica (en el último año)						
Si	154	58.2	66.6	37.9	4742.0	.553
No	65	53.3	66.6	41.6		
Actual (en el último mes)						
Si	110	58.4	66.6	38.8	5694.0	.514
No	109	55.0	66.6	39.3		
Instantánea (en los últimos siete días)						
Si	50	59.6	66.6	39.8	3923.5	.436
No	169	55.9	66.6	38.8		

Nota: *n*=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *Mdn*=Mediana, *DE*=Desviación estándar, *H*=Estadístico de Kruskal-Wallis, *p*=Valor de p

En la tabla 27 se observa que no existen diferencias significativas en el índice de responsabilidad moral y la prevalencia de consumo de alcohol global ($U=2605$, $p=.106$), asimismo no se observan diferencias significativas para el tipo de prevalencia lápsica ($U=4741.0$, $p=.553$), prevalencia actual ($U=5694.0$, $p=.514$), ni para la prevalencia instantánea ($U=3923.5$, $p=.436$). Con los datos anteriores se da respuesta al objetivo número cinco.

Para dar respuesta al objetivo número seis que señala: determinar la sensibilidad ética por tipo de consumo, se utilizó estadística inferencial a través de H de Kruskal Wallis para las variables de consumo sensato, consumo dependiente y consumo dañino, los resultados se muestran en la tabla 28

Tabla 28

Prueba H de Kruskal-Wallis para la sensibilidad ética por tipo de consumo

Tipos de consumo	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
MSQ Total						
Consumo sensato	76	71.3	73.3	13.4	2.88	.237
Consumo dependiente	49	70.7	75.5	15.5		
Consumo dañino	29	76.2	80.0	11.8		
Carga Moral						
Consumo sensato	76	54.4	55.5	18.7	9.39	.009
Consumo dependiente	49	55.7	55.5	22.4		
Consumo dañino	29	67.4	66.6	18.5		
Fortaleza moral						
Consumo sensato	76	81.7	87.5	20.2	1.44	.485
Consumo dependiente	49	76.8	83.3	25.3		
Consumo dañino	29	81.0	83.3	22.1		
Responsabilidad moral						
Consumo sensato	76	57.8	66.6	38.6	.028	.986
Consumo dependiente	49	59.1	66.6	35.5		
Consumo dañino	29	57.4	66.6	41.2		

Nota: n =Muestra total, \bar{X} =Media, Mdn =Mediana, DE =Desviación estándar, H =Estadístico de Kruskal-Wallis, p =Valor de p

En la tabla 28 se puede observar que no existen diferencias significativas para el índice de MSQ total y el tipo de consumo ($H=2.88$, $p=.237$). Sin embargo para el índice de carga moral por tipo de consumo se documentaron diferencias significativas ($H=9.39$, $p=.009$), donde el personal que reportó consumo dañino muestra medias y medianas más altas de carga moral ($\bar{X}=67.4$, $Mdn=66.6$), seguido del personal que presentó consumo dependiente ($\bar{X}=55.7$, $Mdn=55.5$) y por último el personal que reportó el consumo sensato indicaron medias y medianas menores de

carga moral ($\bar{X}=54.4$, $Mdn=55.5$). Por otra parte el índice de fortaleza moral por tipo de consumo no presentó diferencias significativas ($H=1.44$, $p=.485$), al igual que el índice de responsabilidad moral por tipo de consumo ($H=.028$, $p=.986$), en virtud de la homogeneidad de los datos. Con los datos anteriores se da respuesta al objetivo número seis.

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio sobre la relación de la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería fue factible la aplicación empírica de los conceptos teóricos de Sensibilidad Ética de Lützén (2006) y el consumo de alcohol en población mexicana según De la Fuente y Kershenovich (1992). La aplicación fue en una muestra aleatoria de 219 enfermeros (as) de un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Monterrey, Nuevo León.

Respecto al perfil sociodemográfico de los participantes, se observa que en su mayoría son del sexo femenino (70.3%), solteros (68.5%) con una media de edad de 28.2 años. Este perfil del personal de enfermería que labora en este tipo de instituciones es congruente con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2012) donde se observa que en el país existen 302,000 enfermeras y enfermeros, de ese total nueve de cada 10 son mujeres con una edad promedio de 30 años. Además de acuerdo con Juárez (2007) es de esperar que los estudios por lo general informen un mayor número de profesionales de enfermería del sexo femenino, dado que tradicionalmente en la sociedad el cuidado se ha identificado como una actividad inherente a la mujer.

En relación a los datos laborales se registró que el personal tenía un promedio de antigüedad de 7.6 años, la mayor proporción de enfermeros contaba con educación de nivel Licenciatura (50.3%). Los datos anteriores son similares a lo reportado por Sabaté (2002) donde se indica que más de la mitad del personal de enfermería cuenta con estudios de licenciatura, seguido del personal técnico y auxiliar. Sin embargo, llama la atención el hecho de que la categoría laboral que predominó fue la de No profesional (63.5%). La Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013 para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud dictamina que un trabajador no profesional de enfermería es aquel que no ha concluido su preparación académica en el área de la enfermería en alguna institución

educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional o habiéndola concluido no ha obtenido el documento correspondiente que demuestre tal circunstancia, para que la autoridad educativa competente la autorice para ejercer dicha actividad (SS, 2013). Por lo que es de especial relevancia que en un hospital de tercer nivel cuenten con mayor cantidad de trabajadores no profesionales que aún no estén autorizados para ejercer legalmente el cuidado de enfermería, lo cual podría poner en riesgo la calidad del cuidado y la seguridad del paciente.

En lo que refiere al Turno de trabajo la mayoría de los participantes pertenece al Turno Vespertino (30.1%), seguido de Jornada Acumulada (25.1%), Turno Matutino (23.3%) y Turno Nocturno (21.5%). Esto es similar a lo mostrado por De Melo y Ferraz (2013) donde se encontró una distribución uniforme del personal de enfermería en los diferentes turnos. Respecto a lo anterior la Sociedad Argentina de Enfermería en el Trabajo (SANTE, 2013) afirma que el tiempo de trabajo es uno de los aspectos de las condiciones de trabajo que tiene una repercusión más directa sobre la vida diaria de los trabajadores. El número de horas trabajadas y su distribución pueden afectar no sólo la calidad de vida en el trabajo, sino también la vida extra laboral, originando problemas de salud y dificultades en la vida social de los trabajadores y con ello probablemente aumente su carga moral.

En cuanto al Área Laboral, se encontró que el 66.7% laboran en áreas de hospitalización que corresponden a las áreas de medicina interna, neurología, nefrología, materno-infantil cirugía y traumatología, donde el requerimiento del personal es mayor debido a que en esas áreas se encuentra la mayor cantidad de pacientes. Los datos anteriores son similares a los reportados por Zorrilla (2014) donde el 39.8% de los participantes laboraban en áreas de hospitalización (medicina interna, pediatría, hemodiálisis, quimioterapia, admisión hospitalaria, nefrología, aislados, valoración y estancia conjunta). Lo anterior pudiera deberse a que ambos estudios se realizaron en hospitales públicos donde se cuenta con las especialidades básicas como son materno infantil, medicina interna y cirugía general.

Respecto a la edad de inicio de consumo de alcohol de los participantes se encontró que fue en promedio de 18.9 años, este dato concuerda con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011) donde se señala que la edad de inicio de consumo de alcohol oscila entre los 18 a 25 años. Así mismo coincide con Zorrilla (2014) donde se señala que la edad de inicio de consumo fue de 18.2 años. De igual manera los resultados coinciden con lo reportado por Hinojosa, Alonso y Castillo (2012) donde la edad de inicio reportada fue de 21.4 años. Lo anterior puede explicarse debido a que la presente investigación fue realizada en contextos y poblaciones similares a los estudios de Zorrilla (2014) e Hinojosa, Alonso y Castillo (2012).

En cuanto al primer objetivo que propuso determinar la sensibilidad ética en el personal de enfermería por sexo, edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categorial laboral, tipo de servicio laboral y turno; no se encontraron diferencias significativas en el índice de MSQ por sexo, lo anterior coincide con lo reportado por Alonso y Alonso, M. (2013) donde no se evidenciaron diferencias significativas de la sensibilidad ética por sexo, donde menciona que esto puede deberse a que ambos sexos han recibido una formación ética muy similar y han estado expuestos a experiencias de aprendizaje que les permite desarrollar la sensibilidad ética de forma homogénea. No obstante los resultados difieren a lo reportado por Kulju, Suhonen y Leino-Kilpi (2013) quienes si encontraron diferencias significativas en la sensibilidad ética por sexo. Lo anterior pudiera explicarse debido al contexto cultural de las poblaciones estudiadas, así como el ambiente donde se desenvuelven los individuos participantes de los estudios.

Sin embargo, se encontró diferencia significativa para la dimensión de fortaleza moral por sexo, reportándose mayor fortaleza moral para el personal de sexo masculino que lo reportado para el sexo femenino, la fortaleza moral puede expresarse como el valor de actuar y la capacidad de argumentar para justificar sus acciones en beneficio de otros en lugar de defenderse a sí mismo, también es descrita

como el atributo personal que ayuda a recuperarse de una situación desafortunada y tiene una fortaleza con calidad protectora. Lo anterior se pudiera explicar debido a que desde la segunda mitad del siglo XX y hasta nuestros días, el escenario sociodemográfico y económico en México se ha otorgado un papel muy importante al sexo masculino en cuanto al ejercicio del poder, la competencia, la eficiencia y la realización, se prueban a sí mismos y desarrollan su poder y sus habilidades, y su personalidad la definen a través de su capacidad para alcanzar resultados y su fortaleza con calidad protectora (Montesinos, 2008; Valdez, 2005).

Respecto a la sensibilidad ética por edad no se mostraron diferencias significativas. Esto difiere de lo reportado por Kulju, Suhonen y Leino-Kilpi (2013) quienes encontraron que los fisioterapeutas con mayor edad y mayor experiencia laboral expresaban mayor sensibilidad ética que los más jóvenes o con menos experiencias, debido a que a lo largo de la vida y la experiencia se generan conexiones más fuertes con el cuidado de los pacientes. Sin embargo los autores señalan que los hallazgos de este estudio pueden no ser similares en otras poblaciones o en otros ambientes, debido a que en su mayoría la sensibilidad ética ha sido utilizada con personal del área de psiquiatría y enfermería. Lo anterior también pudiera explicarse debido a la homogeneidad de las edades de los participantes en el presente estudio.

Sin embargo en la dimensión de fortaleza moral, se observó una tendencia a la significancia mostrando mayor fortaleza moral el grupo de 35 o más años, seguido del grupo de 25 a 24 años y por último el grupo de 18 a 24 años. Es probable que las enfermeras de mayor edad debido a su experiencia en el campo laboral muestren mayor confianza para justificar sus acciones así como menos timidez que las enfermeras jóvenes, así como mayor habilidad para enfrentar situaciones difíciles, en las que se tenga que tomar decisiones sobre el estado del paciente.

Con referencia a la sensibilidad ética por escolaridad se encontró que no existen diferencias significativas en el índice de MSQ por escolaridad, lo anterior

coincide con lo reportado por Alonso y Alonso, M. (2013) donde no se reportaron diferencias significativas por escolaridad. La autora menciona que esto se puede explicar debido a que la formación de enfermería solo cuenta con un curso de ética a mitad de su entrenamiento, donde el aprendizaje se basa en el conocimiento filosófico y ético general y no se hace énfasis en la resolución de dilemas y problemas éticos a los que se enfrentan los profesionales en la práctica clínica.

Sin embargo para la dimensión de fortaleza moral, se mostraron diferencias significativas, donde el personal de enfermería que contaba con nivel de educación de posgrado presentó medias y medianas más altas que el resto de los participantes. Lo anterior coincide con Kim (2007) quien encontró diferencias significativas en los niveles de sensibilidad ética, donde los estudiantes de posgrado presentaron mayores niveles de sensibilidad ética que los de pregrado, esto puede deberse a que los programas de posgrado en enfermería están enfocados a trabajar con la enfermería avanzada, la cual se basa en evidencia científica, lo que brinda al profesional, una mayor base teórica-científica y ética para fundamentar sus acciones en el cuidado profesional y en la toma de decisiones ante los dilemas éticos que se presentan en la práctica.

Con respecto a la sensibilidad ética por años de experiencia laboral no se encontraron diferencias significativas en el índice de MSQ por años de experiencia laboral. Sin embargo para la dimensión de fortaleza moral se encontraron diferencias significativas en donde el personal con 21 o más años de experiencia presentó medias y medianas más altas. Lo anterior coincide con Kulju, Suhonen y Leino-Kilpi (2013) y Lützén, et al (2010), donde se encontraron diferencias significativas en la experiencia laboral y los niveles de sensibilidad ética, esto probablemente se debe a que el incremento de la experiencia clínica trae consigo mayores habilidades y destrezas clínicas, mayor seguridad, confianza y el desarrollo o generación de conocimientos científicos en el cuidado del paciente.

Con referencia a la sensibilidad ética y la categoría laboral se encontró que existen diferencias significativas en el índice de MSQ total por categoría laboral, donde el personal de enfermería con categoría de puesto administrativo especialista presentó mayores niveles de sensibilidad ética, seguido del personal profesional y por último el personal de categoría no profesional. Asimismo se encontraron diferencias significativas para la dimensión de carga moral, donde el personal especialista presentó mayores niveles de carga moral, seguido del personal con puesto administrativo, personal profesional y en último lugar el personal no profesional.

De la misma manera para la dimensión de fortaleza moral se encontraron diferencias significativas, donde el personal con puesto administrativo presentó mayores niveles de fortaleza moral, seguido del personal profesional, el personal especialista y en último lugar en el personal no profesional. Lo anterior coincide con lo reportado por Lützén, Johansson & Nordström (2000) donde se reportaron diferencias significativas en el personal de enfermería con especialidad quienes presentaron mayores niveles de sensibilidad ética, en relación a lo anterior el personal de enfermería con especialidad se concentra en áreas laborales críticas donde está más en contacto con el sufrimiento humano, la confrontación con pacientes con enfermedades más críticas, graves y la muerte, lo que puede estar influenciado los niveles de sensibilidad ética.

Respecto a la sensibilidad ética por área laboral se encontraron diferencias significativas, donde el personal de cuidados intensivos presentó medias y medianas más altas, para las dimensiones de carga moral y responsabilidad moral se muestra tendencia a la significancia, donde el personal de urgencias presenta medias y medianas más altas para la dimensión de carga moral y la responsabilidad moral. Para la dimensión de fortaleza moral por área laboral, se encontraron diferencias significativas, donde el personal del área de cuidados intensivos presento medias y medianas más altas.

De acuerdo con estos hallazgos se puede indicar que el personal que trabaja en áreas críticas donde el paciente se encuentra en mayor riesgo de gravedad y de muerte presenta mayores niveles de sensibilidad ética, con referencia a lo anterior Fernández, Juárez, Arias y González, (2010) documentaron que en las áreas críticas hospitalarias hay una mayor demanda de atención por parte del personal de Enfermería, aunado a una mayor exigencia del trabajo, que a su vez se ha convertido en demanda en su perfil profesional: tolerancia a la frustración, disponibilidad para largas jornadas, experiencia clínica, actitud de servicio, madurez para enfrentarse a la toma de decisiones difíciles con implicaciones éticas y morales, pudiendo desarrollar un mayor nivel de sensibilidad ética y de responsabilidad y carga moral para el personal de enfermería que trabaja en estas áreas.

Con referencia a la sensibilidad ética por turno se encontraron diferencias significativas, donde el personal de jornada acumulada presentó mayores niveles de sensibilidad ética. Asimismo mostraron mayores niveles para la dimensión de carga moral, fortaleza moral, y responsabilidad moral el personal de enfermería de jornada acumulada que los demás turnos. Los resultados anteriores coinciden parcialmente a lo encontrado por Moreno (2007) donde se reportó que el personal de enfermería con turnos de trabajo mayores a 12 horas expresan niveles superiores de conciliación laboral y personal, así como una mayor satisfacción y dedicación laboral; lo anterior indica que el personal con un turno mayor de 12 horas puede desarrollar mayores niveles de sensibilidad ética. Respecto a lo anterior se ha documentado que los turnos de trabajo tienen repercusión sobre el bienestar de los profesionales sanitarios, influyendo en su calidad de vida, decisiones profesionales así como su percepción de satisfacción laboral. En los últimos años se ha evidenciado que el trabajo a turnos extensos, repercute sobre la salud física y psicológica de los trabajadores a distintos niveles, así como en la vida social, familiar y laboral. Es importante señalar que los turnos con largas jornadas laborales, surge como un factor estresante en la medida en que es necesario realizar un ajuste al

ciclo circadiano y ritmo biológico del organismo, añadiendo el innegable perjuicio y cambio en las relaciones sociales y estructura familiar, además de la modificación de hábitos y de patrón, actividad física y nutrición, por lo que se puede explicar el alto nivel de carga moral para el personal que labora en estos turnos.

En relación al segundo objetivo que propuso determinar la prevalencia global, lápsica, actual e instantánea del consumo de alcohol en el personal de enfermería. Se observó que el 84.5% de los participantes consumió alcohol alguna vez en la vida, el 70.3% en el último año, el 50.2% en el último mes y el 22.7% en los últimos 7 días. Estos datos son similares a los reportados en la ENA (2011) donde se menciona que el consumo de alcohol para la población de 12 a 65 años de alguna vez en la vida en el 73.3% y en el último año en el 55.9% y en el último mes de 31.6% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, [CONADIC-SS], 2011). Además coincide con los resultados encontrados en un estudio realizado en un hospital público en Zacatecas (Zorrilla, 2014) donde se reporta que el 81.1% de los participantes consumió alcohol alguna vez en la vida, el 71.1% de los enfermeros en el último año, el 42.8% en el último mes y el 12.4% en los últimos 7 días.

Con respecto a lo anterior las prevalencias del consumo de alcohol reportadas en el presente estudio son relevantes y representan una probable influencia negativa hacia la comunidad y los estudiantes de enfermería, dado que intencionalmente o no son una influencia poderosa en los estilos de vida de los colectivos. Además los profesionales de enfermería son considerados como ejemplo a seguir de estilos de vida promotores de salud para la población. Vargas y Villar (2008) afirman que una de las funciones primordiales del personal de enfermería es actuar como promotor de la salud y en las acciones de prevención del uso de alcohol y otras drogas.

Con respecto al tercer objetivo que señala determinar los tipos de consumo de alcohol por sexo, edad, escolaridad, años de experiencia laboral, categoría laboral y

tipo de servicio laboral. Se presentó diferencia significativa en el consumo de alcohol por sexo. El personal femenino presentó mayor consumo sensato (64.9%) que el personal de sexo masculino (22.8%). El consumo dependiente fue mayor para el sexo masculino (42.1%) que el sexo femenino (25.8%) así como el consumo de alcohol dañino fue más alto para el personal del sexo masculino (35.1%) que para el sexo femenino (9.3%). Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Hinojosa, Alonso y Castillo (2012), Castro (2014), Zorrilla (2014) quienes reportaron mayor consumo sensato para el sexo femenino, y mayor consumo dependiente o de riesgo y dañino o perjudicial para el sexo masculino.

Lo anterior pudiera explicarse porque el consumo de alcohol es un fenómeno que históricamente ha tenido mayor presencia en el mundo masculino, Maya (2003) asegura que el papel del hombre en la cultura mexicana refuerza la masculinidad y los aspectos implícitos en esta como el que toma las decisiones importantes acerca de los gastos familiares, además de ser ellos quienes tienen más libertad de expresión y de escoger el estilo de vida que quieren vivir sin recibir prejuicios sociales, mientras que para las mujeres sur rol de femineidad como el mantener una actitud de marianismo parece que protege a las mujeres de un consumo excesivo de alcohol (Alonso & Álvarez, 2009; Armendáriz, Villar, Alonso, Alonso B, & Oliva, 2012).

Respecto al tipo de consumo de alcohol por edad, se encontraron diferencias significativas, donde el tipo de consumo de alcohol sensato fue mayor para el personal de enfermería de 35 años o más (58.8%) que los grupos de 18 a 24 años (51.1%) y 25 a 34 años (42.6%), a diferencia del tipo de consumo dependiente que fue más alto en el grupo de 25 a 34 años (40.4%) que para los grupos de 18 a 24 años (33.3%) y 35 o más (0%). Sin embargo el consumo dañino fue mayor para el grupo de 35 o más años (18.8%) seguido del grupo de 25 a 34 años (17%) y por último el grupo de 18 a 24 años (15.6%). Los resultados son similares a lo encontrado por Zorrilla (2014) en personal de enfermería en Zacatecas donde el personal de 40 a 64 años presentó mayor consumo sensato y el personal de 22 a 39 años presentó mayor

consumo dependiente. Sin embargo difiere en el tipo de consumo dañino donde el personal de 22 a 39 años presentó mayor consumo dañino de alcohol.

Con respecto a este hallazgo el Instituto Nacional de Envejecimiento (2010) explica que el alcohol puede actuar de manera diferente en las personas conforme avanza la edad. Algunas de las personas adultas pueden alcanzar un estado de euforia, sin aumentar la cantidad de alcohol que toman. Incrementando la probabilidad de que sufran accidentes como caídas, fracturas y accidentes de automóvil. Además de que algunos estudios han demostrado que a medida que las personas envejecen, se vuelven más sensibles a los efectos del alcohol. Es decir, la misma cantidad de alcohol puede tener un mayor efecto en una persona mayor que en otra más joven. Esto pudiera explicarse por la disminución de la masa muscular y de las enzimas que metabolizan el alcohol (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2002).

En relación al tipo de consumo y la escolaridad no se identificaron diferencias significativas debido a que las medianas fueron similares. Estos resultados son similares a lo reportado por Zorrilla (2014) quien no encontró diferencias significativas en el tipo de consumo de alcohol y la escolaridad. Esto probablemente se debe a que la conducta del consumo de alcohol tiene raíces multifactoriales, tanto sociales, económicas, medio ambientales y culturales lo cual podría estar en relación o no a la escolaridad de los participantes.

Respecto al tipo de consumo de alcohol y los años de experiencia laboral, no se identificaron diferencias significativas debido a la homogeneidad de las medias. Lo anterior difiere con Castro (2014) quien reporta diferencias significativas entre el tipo de consumo y la antigüedad. Donde el personal con menor antigüedad presentó un índice mayor de consumo dependiente y dañino que el personal con mayor antigüedad. Lo anterior puede deberse a que la muestra del presente estudio estuvo compuesta en su mayoría por jóvenes con poco tiempo de experiencia laboral lo que puede estar influyendo en los resultados encontrados.

Referente al tipo de consumo de alcohol y la categoría laboral no se identificaron diferencias significativas lo anterior coincide con lo reportado por Castro (2014) donde no se encontraron diferencias significativas. Este hallazgo puede explicarse porque los datos fueron muy homogéneos entre las proporciones de tipo de consumo y la categoría.

Para el tipo de consumo de alcohol y tipo de servicio laboral así como el turno, no se documentaron diferencias significativas. Lo anterior puede explicarse ya que el personal de enfermería está expuesto de manera homogénea a situaciones laborales que pudieran utilizar el consumo de alcohol como medio de afrontamiento, como lo son: exigencias de los jefes, peticiones de familiares, estrés ante el cuidado del paciente y trato diario con los compañeros, independiente del área laboral y el turno, por lo cual se pudiera explicar la similitud en los tipos de consumo.

En el cuarto objetivo se planteó identificar la relación de la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en el personal de enfermería, se identificó que la dimensión de carga moral se relaciona positiva y significativamente con el consumo de alcohol de los participantes lo que indica que a mayor carga moral mayor consumo de alcohol. De igual forma, la carga moral y la responsabilidad moral se relacionaron positiva y significativamente con el consumo dañino de alcohol, lo que indica que a mayor carga moral y a mayor responsabilidad moral, hay un mayor consumo dañino de alcohol. Los anteriores resultados son relevantes pues no existen estudios que relacionen la sensibilidad ética con el consumo de alcohol.

Es importante mencionar que estudios han señalado que las condiciones laborales del recurso humano de enfermería constituyen un riesgo para su salud física y mental, por cuanto el ejercicio de cuidar implica una sobrecarga ética, laboral y emocional, debido a los múltiples problemas que derivan de la atención y de los sistemas de salud, así como a sus propias exigencias personales, profesionales y familiares; en este orden de ideas, las enfermeras ven amenazada su satisfacción laboral, profesional y personal. Todos estos factores de riesgo, aunados a las

condiciones y estilos de vida, configuran perfiles de malestar, enfermedad, desgaste físico y emocional, incapacidad e insatisfacción laboral, así como un alto índice de carga moral por lo que las enfermeras pudieran estar usando el consumo de alcohol como una forma de afrontamiento no saludable ante a estos factores.

En relación al objetivo cinco que señala: determinar la sensibilidad ética por tipo de prevalencia global, lápsica, actual e instantánea. No se encontraron diferencias significativas en el índice de sensibilidad ética total y la prevalencia de consumo de alcohol global, lápsica, actual, así como para la prevalencia instantánea.

Así mismo se encontró que no existen diferencias significativas en el índice de carga moral y la prevalencia de consumo de alcohol global prevalencia lápsica, prevalencia actual y prevalencia instantánea. Para el índice de responsabilidad moral y la prevalencia de consumo de alcohol global no se mostraron diferencias, asimismo no se observan diferencias significativas para el tipo de prevalencia lápsica, prevalencia actual, ni para la prevalencia instantánea. Lo anterior puede explicarse debido a que los datos fueron homogéneos entre las proporciones de sensibilidad ética, carga moral y responsabilidad moral y el tipo de prevalencia.

Para el índice de fortaleza moral y la prevalencia de consumo de alcohol global no se encontraron diferencias significativas. Asimismo no se observa significancia para el tipo de prevalencia lápsica ni para la prevalencia actual. Sin embargo se puede observar significancia estadística en el índice de fortaleza moral por tipo de prevalencia de consumo instantánea, donde el personal que no consumió alcohol en los últimos 7 días presentó medias y medianas más altas de fortaleza moral en comparación con el personal que si consumió.

Esto coincide parcialmente con José (2014) donde encontró que los enfermeros que no habían consumido alcohol en los últimos 7 días presentaban medias y medianas más altas de valores que los consumidores; valores instrumentales como eligiendo mis propias metas, honesto, responsable, inteligente, exitoso y ser limpio pudieran estar relacionados con la fortaleza moral, la cual puede

expresarse como el valor actual y la capacidad de argumentar para justificar sus acciones en beneficio de otros en lugar de defenderse a sí mismo. Lo anterior pudiera explicarse debido a que algunos de los valores anteriores han sido vinculados al no consumo de drogas y pueden ser parte de la conceptualización de la sensibilidad ética (Pedrero, Rojo & Olivar, 2008). Por otra parte el hecho de que las enfermeras que reportaron que no consumió alcohol en los últimos 7 días presentó medias y medianas más altas de fortaleza moral en comparación con el personal que si consumió, es probable que esta fortaleza los conduzca al uso de estrategias cognitivas y conductuales que les mantenga con un estilo de vida saludable.

Por último, para el sexto objetivo que planteó determinar la sensibilidad ética por tipo de consumo sensato, consumo dependiente y consumo dañino. Se encontró diferencias significativas, para la dimensión de carga moral por tipo de consumo, donde el personal que reportó consumo dañino muestra medias y medianas más altas de carga moral, seguido del personal que presentó consumo dependiente y por último el personal que reportó el consumo sensato indicaron medias y medianas menores de carga moral.

La carga moral parece ser la dimensión “negativa” de la sensibilidad moral, por lo que el personal que no está “preparado” para lidiar con situaciones moralmente preocupantes, puede afrontar los problemas éticos derivados del cuidado de forma no saludable. El trabajo de la enfermera representa una función importante en su vida, que le permite satisfacer sus necesidades mediante la transformación sobre el ambiente, para lograr sus objetivos que se traducen en compensaciones económicas, psicológicas y sociales. El cuidado de enfermería requiere un contacto directo con las personas y una filosofía humanística del trabajo, es decir necesitan mayor entrega e implicación, haciendo que con el tiempo las enfermeras van fortaleciendo la sensibilidad ética, comprometiendo más su integridad psicosocial. Según Estry et al. (1991) La profesión de enfermería, por sí misma, es potencialmente estresante; la confrontación con la enfermedad, el sufrimiento, la

muerte, así como las dificultades cotidianas derivadas de las relaciones con la familia, los compañeros y los horarios de rotación laboral, constituyen factores de riesgo que afectan directa o indirectamente la calidad de vida de las enfermeras quienes pudieran estar usando la conducta del consumo de alcohol como un modo de afrontamiento a dichos problemas.

Conclusiones

Con relación a los resultados encontrados en el presente estudio se puede concluir, con relación a la sensibilidad ética por sexo, se registraron diferencias significativas en la dimensión de fortaleza moral, por sexo, edad, escolaridad y experiencia laboral, donde el personal de sexo masculino, el grupo de participantes de 35 o más años, el personal de enfermería que contaba con nivel de educación de posgrado y el personal con 21 o más años de experiencia, presentaron índices de fortaleza moral mayores que el resto de los participantes. Además se registró que el personal con categoría de puesto administrativo/ especialista presentó mayor índice de sensibilidad ética total así como en la dimensión de carga moral y fortaleza moral. Así mismo se reportó que el personal del área de cuidados intensivos presentaba índices mayores de sensibilidad ética total y para la dimensión de fortaleza moral. Sin embargo para las dimensiones de carga moral y responsabilidad moral, el personal de urgencias mostró índices mayores. En relación al índice de sensibilidad ética total y las dimensiones de fortaleza moral, carga moral y responsabilidad moral por turno se encontró que el personal que trabaja en jornada acumulada presentó índices mayores.

La edad promedio de inicio de consumo de alcohol fue de 18 años con un consumo de 3 bebidas alcohólicas en un día típico. La prevalencia global (alguna vez en la vida) de consumo de alcohol en el personal de enfermería fue de 84.5%, la

prevalencia lapsica (en el último año) de 70.3%, la prevalencia actual (en el último mes) de 50.2% y la prevalencia instantánea (en los últimos 7 días) de 22.7%.

Se encontró diferencia significativa en el tipo de consumo de alcohol por sexo: el personal femenino presentó mayor consumo sensato de alcohol y el personal masculino presentó mayor consumo dependiente y dañino. Así mismo se observaron diferencias significativas para el tipo de consumo de alcohol y la edad, donde el personal de 35 años o más presentó mayor consumo sensato y consumo dañino y el consumo dependiente fue mayor para el grupo de 25 a 34 años.

Se documentó correlación positiva significativa entre la fortaleza moral y la edad, así mismo se encontró correlación positiva significativa de la carga moral y el consumo de alcohol, además se identificó que a mayor carga moral y mayor responsabilidad moral, mayor consumo dañino de alcohol.

En cuanto al índice de fortaleza moral por tipo de prevalencia se documentó que el personal que no consumió alcohol en los últimos 7 días presentó índices más altos en comparación con los que si consumieron.

Referente al índice de carga moral y tipo de consumo se documentaron diferencias significativas donde el personal que reportó consumo dañino muestra medias y medianas más altas de carga moral.

Recomendaciones

Se recomienda replicar el estudio en personal de enfermería de una institución de salud privada, así como en instituciones de salud de atención ambulatoria o de primer nivel.

Se sugiere estudiar, desde la perspectiva cualitativa el comprender el significado que construye el personal de enfermería acerca del sufrimiento humano así como profundizar sobre las experiencias involucradas en el cuidado que coadyuvan en la carga moral

Desarrollar intervenciones dirigidas a fortalecer los conocimientos éticos y humanísticos y las estrategias de afrontamiento saludables ante dilemas éticos derivados del cuidado. Lo anterior coadyuva en la construcción del cuerpo de conocimientos de la ética y la enfermería.

Incluir el concepto de sensibilidad ética en los programas educativos en enfermería, para su desarrollo y mayor comprensión.

Se sugiere continuar aplicando el instrumento del Cuestionario de Sensibilidad Ética (MSQ) debido a la confiabilidad reportada en el estudio.

Referencias

- Alonso, C., B. y Alonso C., M. (2013). Factores personales. *Laborales, éticos, empatía e intuición como predictores de sensibilidad ética en estudiantes y profesores de enfermería. Ensayos Selectos en Bioética Capítulo II*. México: Dem.
- Alonso, C., M., y Álvarez, B., J. (2009). Consumo de alcohol en mujeres adultas: una aproximación cualitativa. De la Salud a la Enfermedad Hábitos Tóxicos y Alimenticios. Tendencias: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Álvarez, B.J. (2000). Los Jóvenes y sus Hábitos de Salud: Una investigación psicológica e intervención educativa. Monterrey, Nuevo León, México: Trillas.
- Armendáriz, N., Villar, M., Alonso, M., Alonso, B., y Oliva, N., 2012. Eventos estresantes y su relación con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios Revista Investig. Enferm. Imagen Desar. 14 (2): pp.97-112.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. & Monteiro, M.G. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. (2da ed.) World Health Organization, Geneva.
- Barrio, M. I., Molina, A., Sánchez, M.C., Ayudarte, L. M. (2006) Ética de enfermería y nuevos retos. Recuperado de <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple5a.html>
- Beltrán, H. M., (2014) Creencias y actitudes sobre el consumo de alcohol del paciente y su relación con el consumo de alcohol de estudiantes de enfermería. (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Boggio, M. (2010). Consumo de Alcohol y Tabaco en las (os) Enfermeras (os) en un Hospital Público. Revista Eletrônica de PortalesMedicos.com. Recuperado

de; <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2545/1/Consumo-de-alcohol-y-tabaco-en-las-os-enfermeras-os-en-un-Hospital-Publico.html>

Burgos, M., & Paravic, T. (2009). Enfermería como profesión. *Revista Cubana de Enfermería*, 25, 1–10.

Burns, N. & Grove S. (2009). Investigación en Enfermería (3ª. Ed.) Elsevier: Saunders.

Burns, N. & Grove S. (2008). Investigación en Enfermería (3ª. Ed.) Elsevier: Saunders.

Castro, L. (2014) Actitudes hacia el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol en el profesional médico y de enfermería. (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

Ceña, D. P. (2007). La Construcción Moderna de la Enfermería. (Spanish). *Cultura De Los Cuidados*, 11(22), 26-32.

Crothers, C. & Dorrian, J. (2011). Determinantes De Las Actitudes De Las Enfermeras Hacia El Cuidado De Pacientes Con Problemas De Alcohol. International ScholarlyResearch Network ISRN Nursing. Publicación anticipada en linea,doi:10.5402/2011/821514

Consejo Internacional de Enfermería (1999). Informe sobre la reglamentación de enfermería, Ginebra: CIE.

De la Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, 35(2), 47-51

De Melo, K., Ferraz, E. (2013). La relación estrés, resistencia y turno de trabajo en enfermeras de un hospital de enseñanza. *Rev. Enfermería Global*. 12 (29).

Fernández, A., Juárez, A., Arias, F., & González, M. E. (2010). Agotamiento profesional en personal de enfermería su relación con variables demográficas y laborales, *18(7)*, 15–21.

- Flores, P.C. (2009). Estrés laboral y consumo de alcohol en trabajadores de la salud en un hospital de Cd. Victoria, Tamps. (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- González, D., Pardillo, E., Garabito, J., & Ortega, A. (2005). El médico y el enfermero en los servicios de información, 9(3), 3–8.
- Gupta, A., & Ferguson, J. (2008). MÁS ALLÁ DE LA “CULTURA”: ESPACIO, IDENTIDAD Y LAS POLÍTICAS DE LA DIFERENCIA. *Antipoda*, 7(1900-5407), 233–256.
- Herrera, S. (2000). Rol de género y funcionamiento familiar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. Dic [citado 2015 Abr 22] ; 16(6): 568-573. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600008&lng=es
- Hinojosa, L., Alonso, M. & Castillo, M. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *RevEnfermInstMex Seguro Soc* 2012; 20 (1): 19-25
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, (2001) The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas.*;61:349–65
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2012). Anuário de estadística por entidade federativa. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2012/Aepef2012.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaria de Salud (2012). Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Drogas, Villartolo-Velázquez, J.A., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C., Téllez-Rojo, M. M., Mendoza-Alvarado, L.R., Romero-Martínez, M., Gutiérrez-Reyes, J.P., Castro-Tinoco, M., Hernández-Ávila,

- M., Tena-Tamayo, C., Avar Sevilla, C., & Guisa-Cruz, V. México.
INPRFM; 2012. Recuperado de: www.conadic.gob.mx
- Jiménez, J. (2013). Formación de recursos humanos en enfermería. *La calidad de la atención a la salud en México*, 191–198
- José, F., M. (2014) Valores terminales, valores instrumentales y consumo de alcohol en profesionales de enfermería (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Juárez, A. (2007) Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública Méx*; Vol. 49(2):109-117
- Kelleher, S., Cotter, P. (2009) A descriptive study on emergency department doctors' and nurses' knowledge and attitudes concerning substance use and substance users. *Jan*;17(1):3-14. doi: 10.1016/j.ienj.2008.08.003.
- Kulju, K., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2013). Ethical problems and moral sensitivity in physiotherapy: A descriptive study. *Nursing Ethics*, 20(5), 568-577. doi:10.1177/0969733012468462.
- López, M.N. (2012). Creencias y actitudes de los estudiantes de enfermería ante el paciente que consume alcohol y el consumo de alcohol (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.
- Lützen, K., Blom, T., Ewalds, B. & Winch, S. (2010) Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213-224. doi 10.1177/0969733009351951
- Lützen, K., K., Blom, RT., Ewalds-Kvist, B., y Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensibility among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2) 213-224.

- Lützen, K., K., Dahqvist, V., Eriksson, S., y Norberg., A. (2006). Developinh the concept of moral sensibility in healthcare practice. *Nursing Ethics*, 13(2), 187-196.
- Lützén, K., K., Johansson, A., A., y Nordstrom, G., G. (2007) Moral Sensibility some differences between nurses and physicians. *Nursing Ethics*, 7(6), 520-530.
- Lützén, K., Norden, C., & Brolin, G. (1996) Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Journal of Methods Psychiatric Research*, 4, 241-248.
- Maya, R. (2003). Atados a estereotipos mujeres y hombres de México. Cimacnoticias. Disponible en línea: <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03mar/03030-601.html> (Recuperado el 19 de abril de 2015).
- Milanés, Z., & Edma, G. (2010). Condiciones laborales en enfermeras de Cartagena, Colombia. *Avances en enfermería*, 28(1), 31–38.
- Montes, P., Medina, J., González, N., & Escobar, S. (2013). Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México Contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 18(722), 207–224.
- Moreno, M. B., & Klijn, T. P. (2009). Enfermería como profesión. (Spanish). *Revista Cubana De Angiología Y Cirugía Vascular*, 10(1/2), 1-9.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2009) Informe sobre: Alcohol Alert: Alcohol and other drugs. Recuperado de <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AA76/aa76.html>
- Oguisso, T. (2010) Reflexiones sobre ética y enfermería en América Latina. *Index Enferm*, 15(4), 52-59
- Organizacion Mundial de la Salud (2014). Global status report on alcohol and healt, (ISBN 978 92 4 156415 1). Suiza, Ed. Le Mont-sur-Lausanne. Recuperado de:

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsruprofiles.pdf

- Palacios, D. (2007). La construcción moderna de la enfermería. *Cultura de los cuidados*, 11, 26–33.
- Park, M., Kjervik, D., Crandell, J., y Oermann, M. (2012) The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nursing Ethics*, 19(4), 568-580.
- Pedrero, E., Rojo, G., & Olivar, A. (2008). Valores sociales y adicción: Aplicabilidad y propiedades psicométricas del cuestionario VAL-89. *Adicciones*, 20 (4), 327- 336
- Polit, D. & Hungler, B. (2000). Investigación científica en ciencias de la salud. (5a. ed.). Mexico: McGraw-Hill.
- Quintero, T., & Gómez, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*, 10(1657-5997), 8–19.
- Rossi AM.(2009) Occupational stressors and gender differences. In: Rossi AM, Perrewe PL, Sauter SL (eds). *Stress and Quality of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health*. USA: Information Age Publishing.
- of Working Life: Current Perspectives in Occupational Health. USA: Information Age Publishing; 2009.
- Sabaté Fort, J. (2002) Ergonomía de los turnos de trabajo a través de un estudio estadístico sobre varios test psicológicos. *Revista Mapfre Seguridad* segundo trimestre 2002.
- Secretaria de Salud. (2009). Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-2009, México.
- Recuperado de:
- http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf

- Secretaria de Salud. (1994). Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiologica, NOM-017-SSA2-1994, México. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html>
- Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en material de Investigación para la Salud. México. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería (SIHARE, 2006). Informe sobre: Región Nacional de Datos por Nivel Académico de México. Recuperado de
http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=3
- Sung-Suk, H., Juhu, K., Yong-Soon, K., y Sunghee, A. (2010). Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nursing Ethics*, 17(1), 99-105.
- Tam, E. & Santos, C. (2010). El consumo de alcohol y el estrés de estudiantes del segundo año de enfermería. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2010 mayo-junio; 18,496-503. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000700003>
- Tapia, R. (2001). Las adicciones: Dimensión, impacto y perspectivas [Versión Adobe Acrobat] recuperado de
[http://books.google.com.mx/books?id=3uC9BvACDtgC&printsec=frontcover&dq=descargar+libro+de+Tapia+R.\(2001\).&hl=es#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com.mx/books?id=3uC9BvACDtgC&printsec=frontcover&dq=descargar+libro+de+Tapia+R.(2001).&hl=es#v=onepage&q&f=false)
- Villatoro, J., Gutiérrez, M. Quiroz, N., Juárez, F., Medina, M. (2007). Encuesta de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes de Nuevo León. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, INPRFM Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México, D.F.
- Vargas, D & Villar, M. (2008) Alcohol, alcoholismo y alcohólico: concepciones y actitudes de enfermeros de servicios públicos de atención básica de salud.

Rev. Latino-am Enfermagem 2008 mayo-junio. 16, 543-550.

doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000700007>

Vargas, D. (2010). Actitudes de enfermeros de hospital general frente a las características personales de pacientes alcohólicos. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn. Brasília* 63(6),10281034. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600024>

Vargas, D. (2010). Actitudes de enfermeros frente a las habilidades de identificación para ayudar pacientes alcohólicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 190-195. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200004>

Vilma Pinheiro Gawryszewski; Maristela G. Monteiro (2014) Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas. *Addiction*

Waldow, V., R. (1988) Processo de enfermagem: teoria e prática. *Revista gaúcha de Enfermagem.*; 9(1):14-22.

Weaver, K., (2008) Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 62(5) 607-618.

Wong, I.L. (2005). Consumo de Alcohol en trabajadores de la salud (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

Zorrilla, M.L. (2014). Estrés de conciencia y el consume de alcohol en personal de enfermería en una institución de salud (Tesis de maestría inédita). Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, Monterrey, Nuevo León.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Personales, Laborales y de Prevalencia del Consumo de Alcohol (CDPLYPSA)

Instrucciones

La información que usted proporcione es anónima y solo será utilizada por el investigador por lo cual solicito su colaboración para responder lo más apegado a la realidad la siguiente Cedula de Datos Personales y dos cuestionarios referentes a la sensibilidad ética en la relación enfermero (a)-paciente y el consumo de alcohol.

Todos los resultados serán copilados de forma resumida, sin ninguna identificación de los participantes y por ningún motivo se estará evaluando o criticando su situación con sus respuestas.

I. Datos Personales:

1) **Edad:** (Años cumplidos) _____

2) **Sexo:** Masculino ☐ Femenino ☐

3) **Estado Civil**

Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐
Unión Libre ☐ Viudo ☐

4) **Grado de Escolaridad**

Preparatoria ☐ Carrera técnica ☐ Licenciatura ☐
Enf. General ☐ Especialidad ☐ Posgrado ☐

5) **Categoría Laboral**

Lic. en Enf. ☐ Enf. General ☐ Enf. Especialista ☐
Téc. en Enfermería ☐ Aux. de Enfermería ☐
Puesto Administrativo de Enfermería ☐

6) Años de Experiencia Laboral _____

7) Turno de trabajo

Matutino ☐ Vespertino ☐ Nocturno ☐
 Jornada Acumulada ☐

8) Área laboral _____

9) ¿Alguna vez se ha enfrentado a algún dilema ético en su práctica profesional?

Sí ☐ No ☐

10) Si la respuesta a la pregunta anterior fue Sí ¿Participo en la toma de decisiones?

Sí ☐ No ☐ No aplica ☐

11) Historial del Consumo de Alcohol (Favor de marcar con una X)

¿Usted ha consumido alcohol...?	SI	NO
Alguna vez en la vida		
En el último año		
En el último mes		
En los últimos siete días		

12) ¿A qué edad inicio a consumir bebidas alcohólicas? _____

13) ¿Cuántas bebidas Alcohólicas consume por ocasión? _____

Apéndice B

Cuestionario de Sensibilidad Ética (Lützén, 2006)

INSTRUCCIONES: las siguientes preguntas se relacionan con el cuidado y atención de enfermería al paciente. Utilizando una pluma o lápiz indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los siguientes enunciados. Marque con un círculo el número que va de acuerdo con su elección. Por favor conteste todas las preguntas lo más apegado posible a su forma de pensar. No hay respuestas mejores que otras. Le recuerdo que sus respuestas son anónimas y que por ningún motivo se está evaluando o criticando su actuación con sus respuestas. Esta escala consta de 6 puntos (Un mayor número en la escala indica un mayor grado de acuerdo con el enunciado). Por favor marque una sola respuesta para cada enunciado.

1	2	3	4	5	6
Completamente en Desacuerdo	Frecuentemente en Desacuerdo	Algunas veces en Desacuerdo	Algunas veces de Acuerdo	Frecuentemente de Acuerdo	Completamente de Acuerdo

Para cada enunciado, por favor encierre en un círculo, aquella que mejor describa su percepción

1.- Yo siempre siento la responsabilidad de velar para que los pacientes reciban un buen cuidado, aun si los recursos son insuficientes.

Completamente							Completamente
En	1	2	3	4	5	6	En
Desacuerdo							Acuerdo

2.- Mi capacidad de percibir las necesidades del paciente es siempre útil en mi trabajo

Completamente							Completamente
En	1	2	3	4	5	6	En
Desacuerdo							Acuerdo

3.- Tengo muy buena capacidad de saber cuándo y si a un paciente se le debe decir la verdad

[illegible]

4.- Mi capacidad para percibir las necesidades del paciente significa que haga más de lo que tengo fuerza para hacer

Completamente							Completamente							
En		1	2	3	4	5	6	En						
Desacuerdo													Acuerdo	

5.- Tengo muy buena capacidad para saber cuándo un paciente no está recibiendo un buen cuidado

Completamente							Completamente						
En		1	2	3	4	5	6	En					
Desacuerdo												Acuerdo	

6.- Me resulta muy difícil poder manejar mis sentimientos que se despiertan cuando un paciente está sufriendo

Completamente								Completamente
En	1	2	3	4	5	6	En	
Desacuerdo								Acuerdo

7.- Al cuidar a los pacientes, estoy siempre consciente del equilibrio entre el potencial de hacer el bien y el riesgo de causarles daño

Completamente								Completamente
En	1	2	3	4	5	6		En
Desacuerdo								Acuerdo

8.- Mi capacidad para percibir las necesidades del paciente significa que frecuentemente me encuentro en situaciones en las que me siento inadecuado(a) o incomodo(a)

Completamente								Completamente
En	1	2	3	4	5	6		En
Desacuerdo								Acuerdo

9.- Me parece que cuando estoy en condiciones de trabajar de acuerdo a las normas y reglamentos del hospital, rara vez me resulta difícil saber lo que es bueno o malo para el paciente.

Completamente								Completamente
En	1	2	3	4	5	6		En
Desacuerdo								Acuerdo

Comentarios

Apéndice C

Test de Identificación de Trastornos por Uso del Alcohol (AUDIT)

INSTRUCCIONES: a continuación se presentan algunas preguntas sobre tu consumo de alcohol, por favor encierre en un círculo la respuesta que más se acerque a su realidad. La información que proporcione será confidencial.

<p>1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? (Cerveza, tequila, vodka, vino)</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Una o menos veces al mes</p> <p>(2) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>(3) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>(4) 4 o más veces a la semana</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayuno para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas sueles consumir en un día de consumo normal?</p> <p>(0) 1 o 2</p> <p>(1) 3 o 4</p> <p>(2) 5 o 6</p> <p>(3) 7, 8 o 9</p> <p>(4) 10 o más</p>	<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimiento o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>
<p>4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año.</p> <p>(4) Sí, el último año.</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>(0) Nunca</p> <p>(1) Menos de una vez al mes</p> <p>(2) Mensualmente</p> <p>(3) Semanalmente</p> <p>(4) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>(0) No</p> <p>(2) Sí, pero no en el curso del último año.</p> <p>(4) Sí, el último año.</p>

Apéndice D

Consentimiento Informado del Personal de Enfermería

Título del proyecto: Sensibilidad Ética y su Relación con el Consumo de Alcohol en Profesionales de Enfermería

Investigador Responsable: Lic. Diana Aracely Almaraz Castruita

Asesor: Dra. Bertha Alicia Alonso Castillo

Prologo: Estamos interesados en determinar la relación que existe entre el consumo de alcohol y la sensibilidad ética en profesionales de enfermería que atienden a pacientes hospitalizados en una institución del sector público, por lo que lo estamos invitando a participar en el presente estudio. Si usted acepta participar, le solicitaremos que conteste dará respuesta a un cuestionario sobre el consumo de alcohol y uno sobre la sensibilidad ética, además de una cédula de datos personales y profesionales, en el horario disponible dentro de sus actividades. Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuales son los riesgos/beneficios y lo que debe de hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, donde le explicaremos el estudio. Si usted decide participar, le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio

El estudio pretende determinar la relación que existe entre la sensibilidad ética y el consumo de alcohol en profesionales de enfermería que atienden a pacientes hospitalizados en una institución del sector público.

Cuando hablamos de Sensibilidad ética nos referimos a un concepto utilizado recientemente para describir el primer componente de la toma de decisiones en la práctica profesional. La sensibilidad ética permite a los profesionales comprender su rol y responsabilidades implicadas en el cuidado hacia la gente en su trabajo diario. La sensibilidad ética contribuye al cuidado ético, comprensivo y de calidad.

Descripción del estudio/Procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Posteriormente le serán proporcionados los dos cuestionarios antes mencionados y la cédula de datos que forman parte del estudio, para que sean aplicados dentro del hospital, la duración aproximada del llenado de los cuestionarios será de aproximadamente 10 minutos y estos serán aplicados dentro de su horario laboral; en todo momento se le protegerá cuidando su privacidad, no identificándolo por su nombre, ni dirección. Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en su lugar de trabajo. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades laborales.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse un momento para recapacitar sobre seguir participando en el estudio o no.

Beneficios esperados

En este estudio no existe un beneficio personal por participar. Sin embargo, con los resultados obtenidos de este estudio se podrán encontrar e implementar estrategias, que puedan ayudar a mejorar el cuerpo de conocimientos éticos y el afrontamiento en la toma de decisiones donde el profesional de enfermería pueda ser capaz de desarrollar alternativas de solución a los problemas éticos derivados de la práctica; así como contribuir en el avance del conocimiento en particular en el desarrollo del concepto de sensibilidad ética.

Alternativas

La única alternativa para el presente estudio implica no participar en él.

Costos

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que conocerán su participación en este estudio, son usted y la autora del estudio. Ninguna información sobre su persona será dada a conocer de manera personalizada. Los resultados de los cuestionarios serán publicados de manera global en una tesis, artículos científicos o congresos de investigación. Recuerde que toda la información que usted proporcione será anónima y confidencial.

Derecho a retractar

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no, no afectará su relación actual con la institución donde labora. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos como profesional.

Preguntas

Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos como participante de este estudio, puede comunicarse a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 83 48 18 47 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500, Norte. Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido resueltas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento en el que yo lo desee.

Firma del participante

Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: _____ a _____ del 20____

Resumen Autobiográfico

Lic. Diana Aracely Almaraz Castruita

Candidata a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: SENSIBILIDAD ÉTICA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE ALCOHOL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA.

LGAC: Prevención de Adicciones a las Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Diana Aracely Almaraz Castruita, nacida en Monterrey, Nuevo León el 9 de junio de 1991. Hija del Sr. Jorge Luis Almaraz Sánchez y la Sra. Araceli Castruita Vaquera.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2008-2012). Becario CONACYT para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León de Agosto 2013 a Julio 2015.

Experiencia Profesional: Auxiliar de enfermería en el hospital Christus Muguerza: Hospital General Conchita 2011-2013; Servicio Social en Vinculación Académica en la Facultad de Enfermería de la UANL 2012-2013, Instructor de práctica clínica de la Facultad de Enfermería de la UANL 2013-2014, enfermera particular 2013-2015. Miembro de la Sociedad de Honor de Enfermería, Sigma Theta Tau Internacional, Capitulo Tau Alpha desde 2014.

Correo electrónico: diana.almaraz09@hotmail.com